



*faire ensemble et autrement*

# La lutte contre la stigmatisation et la discrimination dans le réseau de la santé et des services sociaux

GUIDE D'ACCOMPAGNEMENT

16-914-06W

**Coordination et rédaction :** Sophie Bélanger

**Révision linguistique :** Madeleine Fex

**Remerciements :**

La Direction de la santé mentale du ministère de la Santé et des Services sociaux tient à remercier toutes les personnes qui ont contribué à la rédaction du présent document.

Nous tenons à remercier le Groupe provincial sur la stigmatisation et la discrimination en santé mentale (GPS-SM), en particulier les membres suivants :

- Amélie Fex, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Est-de-l' Ile-de-Montréal
- Diane Harvey, Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (AQRP)
- Esther Samson, AQRP
- Hélène Fradet, Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale
- Laurence Caron, AQRP
- Maude Maurice-Philippon, Institut Philippe-Pinel de Montréal
- Richard Langlois, auteur et conférencier, Alliance des groupes d'intervention pour le rétablissement en santé mentale de la Capitale-Nationale
- Simon Laliberté, CIUSSS de l'Est-de-l' Ile-de-Montréal
- Sylvain d'Auteuil, Association québécoise des personnes vivant (ou ayant vécu) un trouble mental – Les Porte-Voix du rétablissement
- Vanessa Landy, Regroupement des organismes de base en santé mentale de la Mauricie-Centre-du-Québec

**Édition :**

**La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux**

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

**[www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca) section Publications**

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2016  
Bibliothèque et Archives Canada, 2016

ISBN : 978-2-550-70977-0 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2016

## Table des matières

Introduction et mise en contexte.....	1
1. Qu'est-ce que la stigmatisation? .....	2
1.1 La stigmatisation.....	2
1.2 La stigmatisation dans le réseau de la santé et des services sociaux .....	5
2. Les principales stratégies de lutte contre la stigmatisation .....	8
3. L'actualisation de la lutte contre la stigmatisation et la discrimination dans un établissement .....	11
3.1 Reconnaître les pratiques stigmatisantes dans son milieu de travail : l'adoption d'une démarche réflexive .....	11
3.2 La mise en œuvre d'actions de lutte contre la stigmatisation dans le réseau de la santé et des services sociaux.....	12
4. Outils et ressources à la disposition des établissements .....	15
Annexe 1 .....	17
Bibliographie.....	18

## Introduction et mise en contexte

L'importance de lutter contre la stigmatisation et la discrimination associées à la maladie mentale, et particulièrement aux personnes atteintes d'un trouble mental ou qui l'ont été dans le passé, fait consensus. Plusieurs établissements<sup>1</sup>, organismes communautaires et autres partenaires du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) ont acquis un savoir-faire sur ce sujet et mènent des actions de lutte contre la stigmatisation et la discrimination.

Avec le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – *La force des liens*, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) énonce que la stigmatisation associée à la maladie mentale, aux personnes qui en sont atteintes et aux services destinés à ces personnes constitue un frein à l'intégration sociale et au recours à une aide adéquate en temps opportun. Le MSSS s'était alors engagé à produire une campagne nationale de sensibilisation et d'information sur la maladie mentale, ciblant la population en général, les personnes atteintes d'un trouble mental et les intervenants du RSSS. Ce dernier était invité à planifier des activités d'information et de sensibilisation en matière de santé mentale, en adaptant le contenu de la campagne nationale aux réalités régionales ou locales, en collaboration avec ses partenaires<sup>2</sup>.

Le Plan d'action en santé mentale 2015-2020 – *Faire ensemble et autrement* (PASM 2015-2020) comprend, pour sa part, une mesure relative à la lutte contre la stigmatisation et la discrimination. Des attentes plus concrètes y sont formulées<sup>3</sup>.

### Mesure 1.2

Afin de lutter contre la stigmatisation et la discrimination au sujet de la maladie mentale et des personnes qui en sont atteintes ou qui ont présenté un trouble mental dans le passé :

1. Le MSSS poursuivra ses campagnes d'information et de sensibilisation.
2. Chaque établissement responsable d'offrir des soins et des services en santé mentale inclura, dans son plan d'action sur la primauté de la personne dans l'organisation et la planification des soins et des services, des activités de lutte contre la stigmatisation et la

<sup>1</sup> Le terme *établissement* fait référence aux centres intégrés de santé et de services sociaux, aux centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux ainsi qu'aux établissements non fusionnés. Le présent document cible uniquement les établissements responsables d'offrir des soins et des services en santé mentale.

<sup>2</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens*, Québec, Gouvernement du Québec, 2005, p. 17, accessible en ligne à l'adresse suivante : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000786/>.

<sup>3</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 – Faire ensemble et autrement*, Québec, Gouvernement du Québec, 2015, p. 17, accessible en ligne à l'adresse suivante : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-914-04W.pdf>.

discrimination envers les personnes atteintes d'un trouble mental, en ciblant prioritairement les intervenants qui travaillent dans les établissements de santé et de services sociaux. Ces actions s'appuieront sur les pratiques dont l'efficacité est reconnue, en privilégiant les stratégies de contact.

3. Chaque établissement responsable d'offrir des soins et des services en santé mentale s'assurera que des personnes utilisatrices de services en santé mentale, des membres de leur entourage, des acteurs du réseau public et du milieu communautaire participeront activement à la planification, à l'organisation, à la réalisation et à l'évaluation de ces activités.

Le présent guide est un complément du document intitulé *Plan d'action sur la primauté de la personne dans la prestation et l'organisation des services*, élaboré à l'intention des établissements responsables d'offrir des soins et des services en santé mentale, en vue de la réalisation de la mesure 1 du PASM 2015-2020. Spécifiquement, il vise à soutenir les établissements concernés dans la réalisation de la mesure 1.2.2.

La première section donne de l'information sur la stigmatisation en général et sur la stigmatisation dans le RSSS. La deuxième section s'attarde plutôt aux principales stratégies de lutte contre la stigmatisation. Une troisième section est consacrée à la mise en œuvre de la lutte contre la stigmatisation et la discrimination dans chaque établissement, notamment par l'amorce d'une démarche réflexive de même que la réalisation d'activités. Finalement, la quatrième section présente une liste de ressources et d'outils pouvant soutenir les établissements concernés dans leur démarche.

## **1 Qu'est-ce que la stigmatisation?**

### ***1.1 La stigmatisation***

Les maladies mentales s'accompagnent toutes d'une stigmatisation<sup>4</sup>, bien que celle-ci soit plus marquée lorsque le comportement de la personne ne concorde pas avec ce qui est reconnu comme étant la norme<sup>5</sup>. Un stigmate social est ce dont est affublé une personne ou un groupe de

---

<sup>4</sup> ASSOCIATION DES PSYCHIATRES DU CANADA, « Stigmatisation et discrimination – Énoncé de principes », *La revue canadienne de psychiatrie*, encart du vol. 56, n° 10, 2011, p. 2, accessible en ligne à l'adresse suivante : <http://publications.cpa-apc.org/media.php?mid=1222>.

<sup>5</sup> ASSOCIATION QUÉBÉCOISE POUR LA RÉADAPTATION PSYCHOSOCIALE, *La lutte contre la stigmatisation et la discrimination associées aux problèmes de santé mentale au Québec – Cadre de référence*, Groupe provincial sur la stigmatisation et la discrimination en santé mentale (GPS-SM), Québec, mars 2014, p. 6, accessible en ligne à l'adresse suivante : <http://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2014/04/cadre-de-reference-GPS-SM.pdf>.

personnes dont certaines caractéristiques les différencient de la norme sociale<sup>6</sup>. La stigmatisation est vécue comme un profond discrédit venant de la société. Elle peut être accompagnée de honte, de culpabilité, d'un sentiment d'infériorité et d'un désir de passer inaperçu<sup>7</sup>. La stigmatisation est souvent associée à une souffrance plus importante et persistante que celle causée par la maladie mentale et ses symptômes<sup>8</sup>.

Certaines personnes doivent composer avec une double ou une multiple stigmatisation en raison de leur appartenance à une minorité (culturelle, religieuse, sexuelle, etc.), d'un autre état, trouble ou affection (déficience physique ou intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme, VIH-SIDA, etc.) ou de troubles concomitants (alcoolisme, toxicomanie, dépendance, etc.) ou du fait qu'elles sont judiciairisées, en situation d'itinérance ou de pauvreté<sup>9</sup>. Les expériences de stigmatisation seraient particulièrement fréquentes chez les jeunes et les jeunes adultes qui sont atteints d'un trouble mental<sup>10</sup>.

Des stéréotypes et des préjugés sont souvent associés aux personnes atteintes de troubles mentaux. Pensons à l'association entre la maladie mentale et la dangerosité, le manque de volonté, la paresse ou l'incapacité parentale. Certains ont la croyance que ces personnes sont responsables de leur maladie, ne sont pas intelligentes, qu'elles sont inaptes à décider par elle-même ou dépendantes de leur entourage et de la société<sup>11</sup>.

---

<sup>6</sup> D. J. ROY, « Santé mentale : entre une logique de l'exclusion et une éthique de l'humanité », discours prononcé dans le cadre du XV<sup>e</sup> Colloque de l'Association québécoise en réadaptation psychosociale, Québec, 8 novembre 2010, accessible en ligne à l'adresse suivante : <https://aqrp-sm.org/activites-et-evenements/colloques/colloque-xv/videos/xv-colloque/>

<sup>7</sup> H. STUART, « Stigmatisation – Leçons tirées des programmes visant sa diminution », *Santé mentale au Québec*, vol. 28, n<sup>o</sup> 1, 2003, p. 54-72.

<sup>8</sup> B. SCHULZE et M. C. ANGERMEYER, « Subjective experiences of stigma – A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals », *Social Science & Medicine*, vol. 56, p. 299-312.

<sup>9</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 – Faire ensemble et autrement*, op. cit., p. 15-16.

<sup>10</sup> A. JORM et H. STUART, *Building better practices targeting youth – Oral presentation – Together against stigma: Changing how we see mental illness – A report on the 5th International Stigma Conference*, Ottawa, 2012, p.32, accessible en ligne à l'adresse suivante : [http://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/stigma\\_opening\\_minds\\_conference\\_book\\_eng\\_0\\_0\\_0.pdf](http://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/stigma_opening_minds_conference_book_eng_0_0_0.pdf)

<sup>11</sup> ASSOCIATION QUÉBÉCOISE POUR LA RÉADAPTATION PSYCHOSOCIALE, *Agir ensemble pour contrer la stigmatisation liée aux problèmes de santé mentale – Formation/Mobilisation – Cahier de lectures pour le participant*, Groupe provincial sur la stigmatisation et la discrimination en santé mentale, Québec, mars 2016, p. 19, accessible en ligne à l'adresse suivante : <http://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2013/05/cahier-formation-stig-gps.pdf>.

## Les types de stigmatisation

Les différents types de stigmatisation suivants peuvent être observés<sup>12</sup> :

- La **stigmatisation sociale** est associée à des appréhensions ou à des réactions de la population envers les personnes qui sont atteintes d'une maladie mentale ou qui l'ont été dans le passé.
- La **stigmatisation internalisée** (ou autostigmatisation) est une conséquence directe de la stigmatisation sociale. Elle correspond à l'internalisation de la stigmatisation par la personne qui en fait l'objet ou son adhésion à cette stigmatisation. Elle peut entraîner une perte de confiance en soi et un retrait de la vie sociale. La stigmatisation internalisée affecte l'identité de la personne et constitue un frein important à l'autodétermination et au rétablissement.
- La **stigmatisation par association** affecte ceux qui sont en relation avec des personnes qui sont atteintes d'une maladie mentale ou qui l'ont été dans le passé, par exemple les membres de l'entourage, les intervenants et les professionnels de la santé mentale.
- La **stigmatisation structurelle** fait référence aux obstacles institutionnels et aux pratiques institutionnalisées qui nuisent à la participation sociale et au plein exercice de la citoyenneté des personnes qui sont atteintes d'une maladie mentale ou qui l'ont été dans le passé.

La stigmatisation peut affecter toutes les facettes de la vie d'un individu, notamment la santé, le parcours scolaire et professionnel, l'accès à un logement adéquat, les relations familiales et interpersonnelles. Les effets néfastes de la stigmatisation sont aussi vécus par le personnel du RSSS. En effet, plusieurs travailleurs de la santé sont réticents à demander de l'aide lorsqu'ils vivent des difficultés relatives à leur santé mentale. Certains optent pour l'automédication au lieu de recourir à des soins ou à des services, par crainte de répercussions négatives ou d'un jugement de la part de leur employeur ou de leurs collègues<sup>13</sup>. En outre, plusieurs vivent des difficultés relatives à leur retour à l'emploi à la suite d'une absence en raison d'un problème de santé mentale<sup>14</sup>.

---

<sup>12</sup> ASSOCIATION QUÉBÉCOISE POUR LA RÉADAPTATION PSYCHOSOCIALE, *La lutte contre la stigmatisation et la discrimination associées aux problèmes de santé mentale au Québec – Cadre de référence*, op. cit. p. 6.

<sup>13</sup> ASSOCIATION DES PSYCHIATRES DU CANADA, op. cit., p. 7

<sup>14</sup> L. ST-ARNAUD et autres, *Retour au travail après une absence pour un problème de santé mentale – Conception, implantation et évaluation d'un programme intégré des pratiques de soutien – Études et*

## **1.2 La stigmatisation dans le réseau de la santé et des services sociaux**

Les personnes qui apportent du soutien ou qui prodiguent des soins et des services peuvent être à l'origine d'attitudes et de comportements stigmatisants envers les personnes qu'elles accompagnent<sup>15</sup>. En effet, comme partout dans la société, on retrouve de la stigmatisation associée à la maladie mentale dans le RSSS et chez ses partenaires, dans les services de santé mentale et dans les autres secteurs. Alors que, dans la communauté, elle prend généralement la forme d'un fort désir de distance sociale, la stigmatisation prend un autre visage dans les services de santé. Les comportements stigmatisants peuvent être inconscients ou motivés par une intention bienveillante.

Plusieurs facteurs organisationnels et individuels peuvent alimenter ou favoriser les attitudes et les comportements stigmatisants dans le RSSS, dont<sup>16</sup> :

- un sentiment d'impuissance;
- un sentiment d'inconfort, d'incompétence ou un manque de formation;
- une vision pessimiste du rétablissement de la personne ou de son processus de rétablissement;
- la croyance que la personne n'est pas un partenaire ou qu'elle n'a pas à être considérée comme un membre à part entière de l'équipe de soins;
- une fatigue ou une « usure » de compassion<sup>17</sup>;

---

recherches, Montréal, 2011, p. 3, accessible en ligne à l'adresse suivante :

<http://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-706.pdf>

<sup>15</sup> 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](http://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHCC_RecoveryGuidelines_FRE_0.pdf).

<sup>16</sup> S. KNAAK et S.B. PATTEN, *Building and delivering successful anti-stigma programs for health care providers: results of a qualitative study*. Calgary, 2014, p. 5, accessible en ligne à l'adresse suivante : [http://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/qualitative\\_model\\_report\\_feb\\_2015\\_0.pdf](http://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/qualitative_model_report_feb_2015_0.pdf)

<sup>17</sup> La fatigue ou « l'usure » de compassion désigne un sentiment de détresse intense vécu par un professionnel ou un intervenant, qui constitue un effet miroir de la détresse de la personne aidée. La fatigue de compassion mène rapidement à un épuisement émotionnel, physique et moral. P.THOMAS et autres, « La souffrance des soignants et fatigue de compassion », *La Revue francophone de gériatrie et de gérontologie*, tome XIX, n° 187, septembre 2012, p. 266-273, accessible en ligne à l'adresse suivante : [file:///C:/Users/belso/Downloads/Sept2012\\_2.pdf](file:///C:/Users/belso/Downloads/Sept2012_2.pdf).



- un manque de conscience de ses propres préjugés et de ses attitudes stigmatisantes;
- un manque de temps ou un sentiment d'être sous pression;
- des expériences personnelles négatives et marquantes associées à la maladie mentale.

Les comportements stigmatisants peuvent prendre différentes formes, à savoir :

- des comportements discriminatoires ou injustes;
- une attitude ou un langage condescendant, paternaliste, infantilisant ou irrespectueux;
- le dénigrement ou le blâme;
- l'évitement;
- une attitude pessimiste quant au pronostic, au rétablissement ou au potentiel de la personne;
- l'utilisation d'étiquettes (faire référence à la personne par son diagnostic), de généralisation (ex. : les TPL sont comme ceci ou comme cela) ou d'un vocabulaire inadéquat;
- une attitude de prise en charge, de réduction de la prise de risque ou des opportunités pour la personne par souci de protection;
- la minimisation des propos tenus ou des symptômes physiques décrits par la personne (voir la notion d'effet d'ombrage diagnostic décrite plus bas).

La stigmatisation dans le RSSS a de nombreux effets négatifs sur la personne et les membres de son entourage. En plus des effets négatifs précédemment énumérés, s'ajoutent :

- un sentiment d'impuissance, une perte d'espoir et d'estime de soi;
- de la stigmatisation internalisée;
- de la peur, de l'humiliation, de la frustration ou de la colère;
- de l'anxiété et un sentiment de persécution;
- un bris de la confiance envers les intervenants, les professionnels de la santé, les services de santé mentale ou les services de santé en général;
- un frein à la demande d'aide de la personne souffrante, notamment chez les jeunes, ce qui peut occasionner une aggravation de l'état de santé ou la nécessité de recourir à des interventions plus complexes et contraignantes.

De plus, certaines pratiques peuvent être reconnues ou vécues comme étant stigmatisantes par les personnes utilisatrices de services et les membres de leur entourage, même lorsque le recours à ces pratiques respecte les règles établies et les droits des personnes. Il suffit de penser à l'examen des sacs à l'arrivée ou au retour d'une sortie ou à la prise en charge, par l'équipe soignante, de la gestion des objets personnels de la personne hospitalisée. D'autres pratiques peuvent carrément aller à l'encontre des droits de la personne, par exemple la transmission inadéquate d'information<sup>18</sup> ou un recours à l'isolement ou à la contention allant à l'encontre des protocoles d'application des mesures de contrôle<sup>19</sup>.

La perception d'avoir vécu de la discrimination affecte la personne moralement et peut entraîner une perte de confiance envers les intervenants et les services. Ainsi, cette perception peut avoir un effet négatif sur son rétablissement et sur sa santé. Il est donc primordial que les gestionnaires et les intervenants soient sensibilisés aux attitudes et aux comportements qui pourraient être perçus comme stigmatisants ou discriminatoires. À ce sujet, une attention particulière doit être accordée aux jeunes, lesquels sont réticents à recevoir des services en santé mentale. De plus, il importe de rappeler que tout gestionnaire et tout intervenant doit être au fait des droits et des recours, des lois et des mécanismes de traitement des plaintes en vigueur<sup>20</sup>, et agir dans le respect de ceux-ci.

#### L'effet d'ombrage diagnostic

Les personnes atteintes d'une maladie mentale ont une espérance de vie moindre que celle de la population générale. Cet écart s'explique par plusieurs causes<sup>21</sup>, dont l'une serait un moindre accès à des soins de santé physique de qualité<sup>22</sup>.

À ce sujet, l'effet d'ombrage au diagnostic (nommé *diagnostic overshadowing* dans la littérature) est un phénomène qui fait en sorte que le diagnostic psychiatrique d'une personne fait ombrage aux symptômes physiques déclarés par la personne et observables par le professionnel de la santé.

---

<sup>18</sup> C. CORMIER et autres, « Les deux côtés du miroir : réflexions sur la stigmatisation », *Le Partenaire*, vol. 18, n° 1, 2009, p. 4-8.

<sup>19</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôles – Contention, isolement et substances chimiques*, Québec, Gouvernement du Québec, 2015, accessible en ligne à l'adresse suivante : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-812-01W.pdf>.

<sup>20</sup> COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA, *op.cit.*, p. 52.

<sup>21</sup> Les trois autres causes sont une forte prévalence de certaines habitudes de vie néfastes et associées à l'émergence de maladies chroniques (tabagisme, inactivité, consommation excessive et dépendance), les effets secondaires de certains médicaments, un taux de suicide et de mort accidentelle et violente plus élevé que dans la population générale.

<sup>22</sup> G. THORNICROFT, « Physical health disparities and mental illness: The scandal of premature mortality », *British Journal of Psychiatry*, 2011, vol. 199, n° 6, p. 441-442.

Cette situation s'explique par un manque d'information, de formation du personnel soignant, par l'attribution erronée de symptômes physiques à la maladie mentale ainsi que par le manque de crédibilité souvent accordée aux propos des personnes atteintes d'une maladie mentale dans le RSSS.<sup>23</sup>

## 2 Les principales stratégies de lutte contre la stigmatisation

Les trois principales stratégies de lutte contre la stigmatisation décrites dans la littérature sont l'éducation, le contact et la protestation. Ainsi qu'il est mentionné dans la mesure 1.2.2, les actions fondées sur les stratégies de contact ciblant le RSSS et les personnes qui y travaillent doivent être priorisées, parce que ces actions sont davantage propices aux changements de comportements qui peuvent avoir un effet direct sur les personnes utilisatrices de services et les membres de leur entourage. Toutefois, lorsqu'il est pertinent de le faire, l'établissement peut soutenir d'autres formes d'action et ainsi s'inscrire dans un mouvement plus large de lutte contre la stigmatisation.

Les stratégies de lutte contre la stigmatisation fondées sur **l'éducation** adhèrent au principe selon lequel les personnes qui ont une bonne compréhension des maladies mentales sont moins portées à la stigmatisation et à la discrimination. Ces stratégies visent à sensibiliser et à informer la population ou à confronter les mythes entourant la maladie mentale afin de changer la perception de la population (ou d'un groupe de population) sur un sujet donné. Elles ont pour principaux avantages d'être faciles à utiliser et transférables d'un organisme à un autre. Bien qu'elles aient le potentiel d'améliorer les connaissances et d'entraîner une modification des perceptions, elles se traduisent rarement par des changements significatifs d'attitudes et de comportements. Pour entraîner de tels changements, l'éducation doit cibler un groupe de population précis et être combinée à des stratégies de contact, dont celles décrites ci-dessous. Cette combinaison est d'ailleurs reconnue comme étant idéale en matière de lutte contre la stigmatisation<sup>24</sup>.

Les stratégies de **contact** sont fondées sur la reconnaissance et la valorisation du savoir expérientiel. Elles reposent sur des interactions interpersonnelles positives et authentiques entre une personne atteinte d'un trouble mental, ou qui l'a été dans le passé, qui se dévoile et une ou plusieurs personnes du groupe ciblé. Ce contact avec une personne qui représente un modèle positif de rétablissement vise la diminution de la peur et de la distanciation sociale ainsi que l'augmentation de la sympathie et de la reconnaissance de la personne dans sa globalité. La

---

<sup>23</sup> *Ibid.*

<sup>24</sup> 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>

stratégie de contact mise donc sur la rencontre humaine et l'échange<sup>25</sup>. Elle peut prendre la forme de conférences, de témoignages, d'animation de kiosque, d'activités artistiques, sportives ou d'autres activités communes entre des intervenants et des personnes en rétablissement. Il est également possible d'organiser des activités de contacts indirects à l'aide de capsules vidéo ou de livres<sup>26</sup>.

Pour qu'elles puissent atteindre leur plein potentiel, les activités de contact doivent miser sur l'égalité entre les participants, donc être réalisées en dehors d'un rapport thérapeutique ou hiérarchique. Les participants doivent avoir l'occasion d'échanger des idées et d'interagir. Le partage d'objectifs mutuels est facilitant.

### Le dévoilement

« Se dévoiler consiste essentiellement à révéler à d'autres notre problème de santé mentale, ou notre relation avec une personne dans cette situation, que ce soit passé ou présent, à parler d'un épisode de vie qui y est lié, à échanger sur notre rétablissement ou celui d'un proche, à se montrer davantage comme nous sommes, idéalement avec tact et respect de soi et de l'autre, en brisant les tabous sociaux qui incitent beaucoup de personnes à cacher ces aspects de leur existence. [...] si seules les personnes en période de crise sont associées à la maladie, au trouble ou à la réadaptation-rétablissement, on envoie un faux message quant à ce qu'est la santé mentale, les troubles mentaux et l'être humain en général. »<sup>27</sup>

Si certaines personnes décident de garder pour elles leur histoire personnelle, préférant que leur parcours de rétablissement demeure privé, d'autres font le choix d'en dévoiler certaines facettes. La personne qui choisit le dévoilement peut avoir plusieurs motivations, par exemple donner de l'espoir ou du soutien à d'autres, partager son vécu, réduire les préjugés dans son environnement ou auprès de son entourage.

Certaines personnes partagent régulièrement leur savoir expérientiel relatif à leur santé mentale en s'impliquant notamment auprès d'organismes communautaires, en travaillant comme pair aidant ou comme patient partenaire. Toutefois, il se peut que d'autres personnes fassent le choix

---

<sup>25</sup> ASSOCIATION QUÉBÉCOISE POUR LA RÉADAPTATION PSYCHOSOCIALE, *Le dévoilement – Des outils pour la vie*, mini-guide d'accompagnement, Québec, 2015, p. 10, accessible en ligne à l'adresse suivante : <http://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2015/09/mini-guide-1-devoilement-gps-sm.pdf>

<sup>26</sup> 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. 62-63, accessible en ligne à l'adresse suivante : <http://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2013/05/cahier-formation-stig-gps.pdf>

<sup>27</sup> ASSOCIATION QUÉBÉCOISE POUR LA RÉADAPTATION PSYCHOSOCIALE, *Le dévoilement – Des outils pour la vie*, mini-guide d'accompagnement, Québec, 2015, p. 10, accessible en ligne à l'adresse suivante : <http://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2015/09/mini-guide-1-devoilement-gps-sm.pdf>

de se dévoiler pour une première fois lors d'une activité de contact indirect ou direct organisée par un établissement et ses partenaires. Ces personnes doivent être conscientes que le dévoilement comporte des avantages et des inconvénients pour elles et les membres de leur entourage. Les personnes qui se dévoilent lors d'activités de contact doivent le faire en toute connaissance de cause, être dûment préparées et accompagnées<sup>28</sup>. Ainsi, les établissements doivent soutenir adéquatement les personnes – qu'elles soient intervenantes ou non – qui optent pour le dévoilement dans un contexte approprié<sup>29</sup>. À ce sujet, le Groupe provincial sur la stigmatisation et la discrimination en santé mentale (GPS-SM) a produit un mini-guide sur le dévoilement, accessible en ligne, afin de soutenir ces personnes dans leur prise de décision et de les aiguiller lors la préparation de leur dévoilement<sup>30</sup>. De plus, certains organismes « par et pour<sup>31</sup> » ont acquis un savoir-faire sur ce sujet. Par des pratiques d'éducation populaire et d'appropriation du pouvoir, ceux-ci soutiennent et forment des personnes à la prise de parole publique et au dévoilement.

Finalement, la **protestation** est une stratégie qui s'attaque aux représentations négatives ou erronées de la maladie mentale de même qu'aux structures qui perpétuent ces représentations ou qui ont des pratiques discriminatoires. La protestation n'est pas la stratégie mise de l'avant pour la réalisation de la mesure 1.2 du PASM 2015-2020. Toutefois, il est important de se rappeler que la lutte contre la stigmatisation et la discrimination revient essentiellement à une question d'équité<sup>32</sup>, à savoir que les personnes qui sont atteintes d'un trouble mental ou qui l'ont été dans le passé, de même que les membres de leur entourage, ont les mêmes droits que la population en général. Ces personnes doivent être traitées avec respect, comme tout citoyen. En tant qu'agents de changement, les établissements et les intervenants qui y travaillent doivent rester à l'affût des

---

<sup>28</sup> 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. 62, accessible en ligne à l'adresse suivante : <http://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2013/05/cahier-formation-stig-gps.pdf>

<sup>29</sup> COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA, *Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement – Espoir. Dignité. Citoyenneté.*, Canada, 2015, p.53, accessible en ligne à l'adresse suivante : [http://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHCC\\_RecoveryGuidelines\\_FRE\\_0.pdf](http://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHCC_RecoveryGuidelines_FRE_0.pdf).

<sup>30</sup> ASSOCIATION QUÉBÉCOISE POUR LA RÉADAPTATION PSYCHOSOCIALE, *Le dévoilement – Des outils pour la vie*, mini-guide d'accompagnement, Québec, 2015, accessible en ligne à l'adresse suivante : <http://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2015/09/mini-guide-1-devoilement-gps-sm.pdf>.

<sup>31</sup> Un organisme « par et pour » est administré par des personnes qui se reconnaissent comme faisant partie du groupe ciblé par l'organisme.

<sup>32</sup> COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA, *Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement – Espoir. Dignité. Citoyenneté.*, Canada, 2015, p.44, accessible en ligne à l'adresse suivante : [http://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHCC\\_RecoveryGuidelines\\_FRE\\_0.pdf](http://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHCC_RecoveryGuidelines_FRE_0.pdf)

pratiques qui ont cours dans leur milieu, mais aussi de l'information erronée, des attitudes et des comportements discriminatoires exposés par les médias ou observables dans la société.

### **3 L'actualisation de la lutte contre la stigmatisation et la discrimination dans un établissement**

#### **3.1. Reconnaître les pratiques stigmatisantes dans son milieu de travail : l'adoption d'une démarche réflexive**

Bien que le RSSS et les personnes qui y travaillent puissent être des « vecteurs » de stigmatisation et de comportements discriminatoires, ils peuvent aussi incarner des agents de changement auprès de leur établissement, de leurs partenaires et de leur communauté. Comme les interactions avec les personnes qui sont atteintes d'une maladie mentale, ou l'ont été dans le passé, et les membres de leur entourage sont fréquents dans le RSSS, toute amélioration peut constituer un gain significatif.

La lutte contre la stigmatisation et la discrimination commence par l'acceptation d'une responsabilité individuelle, professionnelle<sup>33</sup>, organisationnelle et collective à cet égard. Tous doivent s'y engager. Cet engagement sous-tend l'adoption d'une démarche réflexive (ou introspective), sur le plan organisationnel et individuel, permettant de détecter les pratiques de gestion, les interventions, les attitudes et les comportements qui peuvent être perçus et vécus comme stigmatisants par les personnes utilisatrices de services et les membres de leur entourage. Cette démarche de réflexion vise à soutenir et à faciliter le choix d'actions à prioriser et à mettre en place afin de réduire significativement la stigmatisation dans un établissement. Elle permet également la prise de conscience sur les motivations, souvent inconscientes, qui se cachent derrière ces pratiques.

Cette démarche réflexive peut prendre différentes formes, par exemple des discussions sur des d'histoires de cas, des capsules vidéo comprenant des témoignages (ce qui constitue également une stratégie de contact indirect) ou la réflexion en équipe sur certaines questions. À ce sujet, le guide intitulé *Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement*, produit par la Commission de la santé mentale du Canada, propose des questions qui servent à alimenter la réflexion sur les efforts investis dans la lutte contre la stigmatisation<sup>34</sup>. De plus, la contribution de personnes utilisatrices de services, de membres de l'entourage et de partenaires du milieu communautaire viendra soutenir et enrichir significativement cette réflexion, en favorisant la prise de conscience sur ce qui peut être perçu et vécu comme de la stigmatisation.

---

<sup>33</sup> Plusieurs associations et ordres professionnels indiquent, dans leur code de déontologie, leur responsabilité par rapport à la lutte contre la stigmatisation et, plus largement, au respect des droits et à la primauté de la personne.

<sup>34</sup> COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA, *op. cit.*, p.53.

### **3.2. La mise en œuvre d'actions de lutte contre la stigmatisation dans le réseau de la santé et des services sociaux**

Le schéma présenté dans l'annexe 1, tiré du Cadre de référence<sup>35</sup> élaboré par le GPS-SM, illustre les principaux éléments (ou composantes) à prendre en compte lors de la mise en œuvre d'activités de lutte contre la stigmatisation et la discrimination.

La détermination de l'**axe** permet de circonscrire l'angle selon lequel la stigmatisation sera abordée au cours de l'activité, soit la réduction de la stigmatisation sociale, de la stigmatisation internalisée ou de la stigmatisation structurelle. Ainsi, la planification de l'activité, le public ciblé et les questions posées pour évaluer cette activité (voir la section ci-dessous) pourraient varier en fonction de l'axe déterminé. Ainsi, un établissement peut décider d'élaborer des activités en fonction de chacun de ces axes ou choisir d'en prioriser un pour la ou les premières années de mise en œuvre de son plan d'action visant la primauté de la personne dans la prestation et l'organisation des services. Il convient de préciser que des actions qui ciblent l'un des axes, par exemple la réduction de la stigmatisation structurelle, peuvent avoir un effet positif sur la lutte contre la stigmatisation sociale ou la stigmatisation internalisée.

Les **approches dites « transversales »** présentées ci-dessous sont des éléments essentiels à l'atteinte de l'objectif visé par une activité de lutte contre la stigmatisation et pour que cette activité ait des effets positifs à court, à moyen et à long terme.

#### La participation des personnes et des membres de l'entourage

L'implication active de personnes qui sont atteintes d'un trouble mental (ou qui l'ont été dans le passé) et de membres de leur entourage a un effet positif sur l'efficacité des actions de lutte contre la stigmatisation et la discrimination<sup>36</sup>. La contribution de personnes ayant un savoir expérientiel en rapport avec la maladie mentale, les soins et les services du secteur de la santé mentale permet notamment de faciliter la démarche réflexive, la détermination des objectifs et des messages à mettre de l'avant, en plus de constituer en soi un contact direct.

Cette participation de personnes et de membres de leur entourage peut être facilitée par une collaboration avec un regroupement de personnes utilisatrices de services ou une ressource communautaire en santé mentale. Au fil des ans, le mouvement des personnes atteintes d'un trouble mental, ou qui l'ont été dans le passé, et celui des membres de leur entourage ont acquis un savoir-faire dans le domaine de la lutte contre la stigmatisation et la discrimination, en plus de

---

<sup>35</sup> ASSOCIATION QUÉBÉCOISE POUR LA RÉADAPTATION PSYCHOSOCIALE, *La lutte contre la stigmatisation et la discrimination associées aux problèmes de santé mentale au Québec – Cadre de référence*, Groupe provincial sur la stigmatisation et la discrimination en santé mentale (GPS-SM), Québec, mars 2014, p. 9, accessible en ligne à l'adresse suivante : <http://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2014/04/cadre-de-referance-GPS-SM.pdf>.

<sup>36</sup> *Ibid.*, p. 44.

combiner de nombreuses expériences en matière d'activités de contact direct. Cette collaboration est d'ailleurs énoncée dans la mesure 1.2.3 du PASM 2015-2020.

### L'utilisation des meilleures stratégies

Ainsi qu'il est énoncé dans la mesure 1.2 du PASM 2015-2020, les stratégies de contact sont à favoriser dans l'élaboration et la réalisation d'activités de lutte contre la stigmatisation et la discrimination. Elles sont reconnues comme étant les plus efficaces pour entraîner des changements d'attitudes et de comportements. Une stratégie de contact peut comprendre un segment d'éducation et ainsi composer une activité complète, comprenant une mise à jour des connaissances et une expérience de contact. Par exemple, une présentation pourrait comprendre une séance d'information de 20 minutes, suivie d'un témoignage de 60 minutes donné par une personne qui présente un exemple positif de rétablissement, et se terminer par une période d'échange. D'autres exemples sont fournis dans la section 4 du présent document, qui présente les outils et les ressources répertoriés, à la disposition des établissements.

### L'accent sur l'espoir, l'appropriation du pouvoir, le rétablissement et le plein exercice de la citoyenneté

L'adoption de l'approche du rétablissement ainsi que la mise en place et le maintien de soins et de services axés sur le rétablissement contribuent grandement à la lutte contre la stigmatisation et la discrimination dans le RSSS. Cette approche, qui constitue l'un des principes directeurs du PASM 2015-2020<sup>37</sup>, est fondée notamment sur la conviction selon laquelle toute personne peut se rétablir, met l'accent sur les forces et les capacités de celle-ci, tout en mettant de l'avant une vision holistique de la personne.

Il est démontré que les messages d'espoir et les exemples positifs de rétablissement sont plus propices à entraîner des changements d'attitudes et de comportements que les récits qui mettent l'accent sur les pertes, les discours fatalistes, pessimistes ou axés principalement sur un contenu médical ou biologique. Un discours positif réduit la volonté de distanciation sociale et donne une image de la personne qui diffère de celle de la crise ou de la phase aigüe de sa maladie. Ainsi, un discours axé sur le rétablissement peut amener une remise en question des idées préconçues des gestionnaires, des intervenants de même que des personnes utilisatrices de services et des membres de leur entourage.

### La mobilisation durable des milieux et le transfert de connaissances

La mobilisation durable des différents partenaires, dont ceux du milieu communautaire, et leur précieuse contribution aux activités de lutte contre la stigmatisation et la discrimination sont centraux dans la réalisation de ces actions de même que dans la mise en place de soins et de services axés sur le rétablissement<sup>38</sup>. La mise en commun des savoir-faire et le partage autour des

---

<sup>37</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 – Faire ensemble et autrement*, op. cit., p. 10.

<sup>38</sup> COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA, op. cit., p. 45.



activités réalisées font avancer la lutte contre la stigmatisation et la discrimination relatives à la maladie mentale et aux personnes qui sont atteintes d'un trouble mental ou qui l'ont été dans le passé, tout en permettant d'apprendre des réussites obtenues et des écueils rencontrés par les différents partenaires.

### L'évaluation des actions

Plusieurs établissements et organismes communautaires innovent en matière de lutte contre la stigmatisation et la discrimination associées à la maladie mentale. Afin de tirer le maximum des activités réalisées et des moyens mis en œuvre, il convient de s'interroger sur l'obtention des effets escomptés. À ce sujet, l'évaluation des actions réalisées constitue une étape importante. Elle permet notamment de recueillir de l'information sur l'atteinte des objectifs (son effet), l'étendue de la diffusion de l'activité, la satisfaction des personnes qui ont participé à l'activité ou à son organisation et les pistes d'amélioration en vue d'une prochaine activité.

L'atteinte des objectifs en matière de lutte contre la stigmatisation se mesure en vérifiant si un changement à court, à moyen ou à long terme est observable sur les préjugés, les attitudes et les comportements qui concernent la maladie mentale et les personnes qui en sont atteintes ou qui l'ont été dans le passé. Il est également possible de mesurer la perception de stigmatisation ou le degré de stigmatisation internalisée chez les personnes atteintes d'un trouble mental<sup>39</sup>. Afin de mesurer les effets d'une action, les questionnaires d'évaluation doivent être remis à au moins deux reprises aux participants, soit avant et après l'activité; la durabilité de l'effet de l'action réalisée peut aussi être mesurée en leur soumettant de nouveau un questionnaire quelques mois après l'événement<sup>40</sup>.

Cette évaluation des effets permet d'apprendre de chacune des actions réalisées, d'améliorer et de modifier certains aspects dans le but d'atteindre les objectifs. De plus, elle permet de pérenniser les différentes actions réalisées au fil des ans, ce qui peut s'avérer fort utile pour l'établissement et ses partenaires. En rendant les résultats de ces évaluations accessibles à tous, l'établissement fait preuve de transparence, de leadership et d'un réel souci d'amélioration continue en matière de lutte contre la stigmatisation et la discrimination dans le RSSS. Cette pratique permet également à tous de bénéficier des expériences des autres, en apprenant des écueils rencontrés et des réussites obtenues par leurs partenaires et leurs collègues.

---

<sup>39</sup> ASSOCIATION QUÉBÉCOISE POUR LA RÉADAPTATION PSYCHOSOCIALE, *Évaluer nos actions de lutte contre la stigmatisation – Des outils pour la vie – mini-guide d'accompagnement n° 3*, septembre 2015, p. 8, accessible en ligne à l'adresse suivante : <http://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2015/09/mini-guide-3-evaluation-gps-sm.pdf>.

<sup>40</sup> ASSOCIATION QUÉBÉCOISE POUR LA RÉADAPTATION PSYCHOSOCIALE, *Évaluer nos actions de lutte contre la stigmatisation – Des outils pour la vie, op. cit.*, p. 14.

## 4 Outils et ressources à la disposition des établissements

### Commission de la santé mentale du Canada (CSMC)

- Initiative *Changer les mentalités*, documentation accessible en ligne à l'adresse suivante : <http://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2013/05/partenaire-v18-n1.pdf>
- Documents à consulter, accessibles en ligne à l'adresse suivante : <http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/focus-areas/stigmatisation-et-discrimination>

### Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale (FFAPAMM)

- Information accessible en ligne à l'adresse suivante : <http://www.avantdecraquer.com>
- Campagne de sensibilisation 2016 – *Parlons-nous!*, accessible en ligne à l'adresse suivante : <http://www.avantdecraquer.com/nouvelle/cahier-souvenir-campagne-de-sensibilisation-2016/>

### Groupe provincial sur la stigmatisation et la discrimination en santé mentale (GPS-SM)

Cadre de référence :

- *La lutte contre la stigmatisation et la discrimination associées aux problèmes de santé mentale au Québec*, document accessible en ligne à l'adresse suivante : <http://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2014/04/cadre-de-reference-GPS-SM.pdf>

Mini-guides d'accompagnement pour la lutte contre la stigmatisation :

- Mini-guide 1 – *Le Dévoilement*, accessible en ligne à l'adresse suivante : <http://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2015/09/mini-guide-1-devoilement-gps-sm.pdf>
- Mini-guide 2 – *La bibliothèque vivante*, accessible en ligne à l'adresse suivante : <http://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2015/09/mini-guide-2-biblio-vivante-gps-sm.pdf>
- Mini-guide 3 – *Évaluer nos actions de lutte contre la stigmatisation*, accessible en ligne à l'adresse suivante : <http://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2015/09/mini-guide-3-evaluation-gps-sm.pdf>
- Mini-guide 4 – *Les actions de lutte contre la stigmatisation – Exemples inspirants*, accessible en ligne à l'adresse suivante : <http://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2015/09/mini-guide-4-exemples-gps-sm.pdf>

Cahier de lectures relatives à la formation sur la stigmatisation :

- *Agir ensemble pour contrer la stigmatisation liée aux problèmes de santé mentale – Formation/mobilisation*, document accessible en ligne à l'adresse suivante : <http://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2013/05/cahier-formation-stig-gps.pdf>

Revue Le Partenaire :

- Numéro sur l'apport du savoir expérientiel, accessible en ligne à l'adresse suivante : <http://aqrp-sm.org/partenaire/flipbook/vol24n03-246001/pdf/le-partenaire-vol24no3-2016.pdf>
- Numéro sur la lutte contre la stigmatisation, accessible en ligne à l'adresse suivante : <http://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2013/05/partenaire-v18-n1.pdf>

Formations :

- Formation sur la lutte contre la stigmatisation dans le réseau, description accessible en ligne à l'adresse suivante : <http://aqrp-sm.org/groupes-mobilisation/gps-sm/>
- Formation/mobilisation sur la lutte contre la stigmatisation, description accessible en ligne à l'adresse suivante : <http://aqrp-sm.org/groupes-mobilisation/gps-sm/>
- Formation sur le dévoilement, description accessible en ligne à l'adresse suivante : <http://aqrp-sm.org/groupes-mobilisation/gps-sm/>

Vidéos :

- Plus d'une dizaine de capsules vidéo pour alimenter les discussions dans les équipes et les organisations, accessibles en ligne à l'adresse suivante : <http://aqrp-sm.org/groupes-mobilisation/gps-sm/>

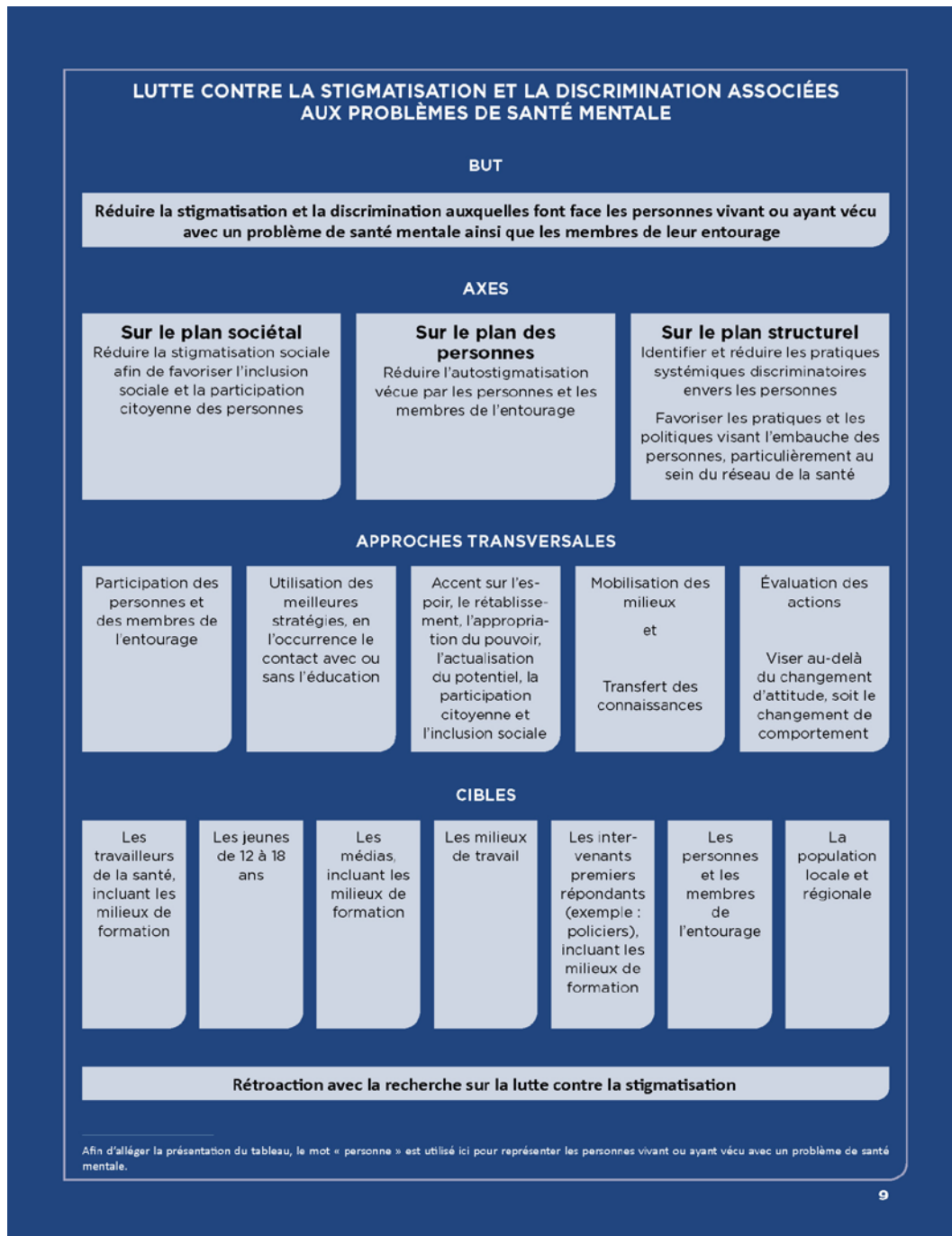
**Regroupement des organismes de base en santé mentale des régions 04-17 (ROBSM)**

- Portail sur la stigmatisation en santé mentale, informations et outils accessibles en ligne à l'adresse suivante : <http://www.contrerlastigmatisation.ca>

**Organisme *Time to change* (site Internet en anglais uniquement)**

- Information et documents accessibles en ligne à l'adresse suivante : <http://www.time-to-change.org.uk/get-involved>

## Annexe 1 <sup>41</sup>



<sup>41</sup> ASSOCIATION QUÉBÉCOISE POUR LA RÉADAPTATION PSYCHOSOCIALE, *La lutte contre la stigmatisation et la discrimination associées aux problèmes de santé mentale au Québec, Cadre de référence*, Groupe provincial sur la stigmatisation et la discrimination en santé mentale (GPS-SM), Québec, mars 2014, p. 9, accessible en ligne : <http://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2014/04/cadre-de-referance-GPS-SM.pdf>.

## Bibliographie

ASSOCIATION DES PSYCHIATRES DU CANADA. « Stigmatisation et discrimination – Énoncé de principes », dans *La revue canadienne de psychiatrie*, encart au vol. 56, n° 10, 2011, 10 p., accessible en ligne à l'adresse suivante : <http://publications.cpa-apc.org/media.php?mid=1222>.

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE POUR LA RÉADAPTATION PSYCHOSOCIALE. *La lutte contre la stigmatisation et la discrimination associées aux problèmes de santé mentale au Québec – Cadre de référence*, Groupe provincial sur la stigmatisation et la discrimination en santé mentale, Québec, mars 2014, 23 p., accessible en ligne à l'adresse suivante: <http://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2014/04/cadre-de-reference-GPS-SM.pdf>.

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE POUR LA RÉADAPTATION PSYCHOSOCIALE. *Agir ensemble pour contrer la stigmatisation liée aux problèmes de santé mentale – Formation/Mobilisation – Cahier de lectures pour le participant*, Groupe provincial sur la stigmatisation et la discrimination en santé mentale, Québec, mars 2016, 98 p., accessible en ligne à l'adresse suivante : <http://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2013/05/cahier-formation-stig-gps.pdf>.

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE POUR LA RÉADAPTATION PSYCHOSOCIALE. *Évaluer nos actions de lutte contre la stigmatisation – Des outils pour la vie*, mini-guide d'accompagnement n° 3, septembre 2015, 31 p., accessible en ligne à l'adresse suivante : <http://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2015/09/mini-guide-3-evaluation-gps-sm.pdf>.

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE POUR LA RÉADAPTATION PSYCHOSOCIALE. *Le dévoilement – Des outils pour la vie*, mini-guide d'accompagnement, Québec, 2015, 33 p., accessible en ligne à l'adresse suivante : <http://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2015/09/mini-guide-1-devoilement-gps-sm.pdf>

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE. *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2012 – Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 2012, 192 p., accessible en ligne à l'adresse suivante : [http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE\\_Rapport\\_Appreciation\\_SanteMentale\\_2012.pdf](http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_Rapport_Appreciation_SanteMentale_2012.pdf).

COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA. *Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement, Espoir. Dignité. Citoyenneté.*, Canada, 2015, 109 p., accessible en ligne à l'adresse suivante : [http://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHCC\\_RecoveryGuidelines\\_FRE\\_0.pdf](http://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHCC_RecoveryGuidelines_FRE_0.pdf).

CORMIER, C. et autres. « Les deux côtés du miroir : réflexions sur la stigmatisation », dans *Le Partenaire*, vol. 18, n° 1, 2009, p. 4-8.

JORM, A. et H. STUART, *Building better practices targeting youth – Oral presentation – Together against stigma: Changing how we see mental illness – A report on the 5th International Stigma Conference*, Ottawa, 2012, 115 p., accessible en ligne à l'adresse suivante : [http://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/stigma\\_opening\\_minds\\_conference\\_book\\_eng\\_0\\_0\\_0.pdf](http://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/stigma_opening_minds_conference_book_eng_0_0_0.pdf)

KASSAM, A. et autres. « Perceived discrimination among people with self-reported emotional, psychological, or psychiatric conditions in a population-based sample of Canadians reporting a disability », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 57, n° 2, 2012, p. 102-110.

KNAAK, S. et S.B. PATTEN, *Building and delivering successful anti-stigma programs for health care providers: results of a qualitative study*. Calgary, 2014, 35 p., accessible en ligne à l'adresse suivante : [http://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/qualitative\\_model\\_report\\_feb\\_2015\\_0.pdf](http://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/qualitative_model_report_feb_2015_0.pdf)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôles – Contention, isolement et substances chimiques*, Québec, Gouvernement du Québec, 2015, 30 p., accessible en ligne à l'adresse suivante : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-812-01W.pdf>.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 – Faire ensemble et autrement*, Québec, Gouvernement du Québec, 2015, 79 p., accessible en ligne à l'adresse suivante : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-914-04W.pdf>.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens*, Québec, Gouvernement du Québec, 2005, 97 p., accessible en ligne à l'adresse suivante : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000786/>.

ROY, D. J. « Santé mentale : entre une logique de l'exclusion et une éthique de l'humanité », discours prononcé dans le cadre du XV<sup>e</sup> Colloque de l'Association québécoise en réadaptation psychosociale, Québec, 8 novembre 2010

SCHULZE, B. et M. C. ANGERMEYER. « Subjective experiences of stigma – A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals », *Social Science & Medicine*, vol. 56, p. 299-312.

ST-ARNAUD, L. et autres. *Retour au travail après une absence pour un problème de santé mentale – Conception, implantation et évaluation d'un programme intégré des pratiques de soutien – Études et recherches*, Montréal, 2011, 111 p., accessible en ligne à l'adresse suivante : <http://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-706.pdf>

STATISTIQUE CANADA. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale et bien-être*, Statistique Canada, 2003, accessible en ligne : [<http://www.statcan.gc.ca/pub/82-617-x/index-fra.htm>].

STUART, H. « Stigmatisation – Leçons tirées des programmes visant sa diminution », *Santé mentale au Québec*, vol. 28, n° 1, 2003, p. 54-72.

THOMAS, P. et autres. « La souffrance des soignants et fatigue de compassion », *La Revue francophone de gériatrie et de gérontologie*, tome XIX, n° 187, septembre 2012, p. 266-273, accessible en ligne à l'adresse suivante : <http://www.ch-esquirol-limoges.fr/Vous-etes-un-professionnel-de-sante/Publications/Par-les-professionnels/Les-articles-et-les-publications/La-souffrance-des-soignants-et-fatigue-de-compassion>

THORNICROFT, G. « Physical health disparities and mental illness: The scandal of premature mortality », *British Journal of Psychiatry*, 2011, vol. 199, no 6, p. 441-442.

TROPP, L., *A summary of research findings on the effects of intergroup contact – Testimony prepared for the Minnesota education commission task force on integrated schools*, États-Unis, 2011, 9 p., accessible en ligne à l'adresse suivante : [http://www.school-diversity.org/pdf/Tropp\\_Minnesota\\_testimony\\_12-20-11.pdf](http://www.school-diversity.org/pdf/Tropp_Minnesota_testimony_12-20-11.pdf)