



Stigmatisation structurelle liée à la maladie mentale :

Rapport final sur le cercle vicieux de l'exclusion systémique

James D. Livingston, Ph. D., professeur adjoint, département de
sociologie et de criminologie,
Université Saint Mary's, Halifax, Nouvelle-Écosse

Commission de la santé mentale du Canada

commissionsantementale.ca



Les points de vue présentés ici représentent uniquement les points de vue de la Commission de la santé mentale du Canada. Le présent matériel a été produit grâce à la contribution financière de Santé Canada.

Sommaire

De plus en plus, les gouvernements, les organisations non gouvernementales et les entreprises privées du Canada et du monde entier mobilisent des ressources pour lutter contre la stigmatisation liée à la maladie mentale et la prévenir. La Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada [1] souligne la nécessité de « lutter contre la stigmatisation en créant des occasions de promotion et de prévention et des programmes d'intervention précoce qui permettront d'entrer en contact avec des personnes vivant avec des troubles mentaux ou une maladie mentale » (p. 23) et « revoir et, lorsque c'est nécessaire, mettre à jour les lois et modifier les politiques dans les administrations et les secteurs conformément à la Convention relative aux droits des personnes handicapées de l'Organisation des Nations Unies » (p. 49). De plus, la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) a lancé *Changer les mentalités* en 2009 : il s'agit d'un effort systématique pour réduire la stigmatisation liée à la maladie mentale qui met l'accent sur les fournisseurs de soins, les jeunes, les médias et la main-d'œuvre. Parallèlement, bon nombre de provinces et de territoires canadiens ont publié des plans de santé mentale à long terme qui font de la réduction de la stigmatisation une action prioritaire [p. ex. 2, 3, 4].

Dans de nombreux domaines de la vie, les personnes vivant avec une maladie mentale doivent composer avec des restrictions arbitraires de leurs droits et possibilités, même dans des pays dotés de protections législatives avancées contre la discrimination, comme le Canada. Il est impossible d'éradiquer la stigmatisation sans s'attaquer à la stigmatisation structurelle, c'est-à-dire les inégalités et les injustices qui sont ancrées dans les politiques et les pratiques de nos systèmes institutionnels. Malgré le manque de données empiriques sur la façon de s'attaquer efficacement à la stigmatisation structurelle liée à la maladie mentale, il existe un solide corpus de connaissances offrant des idées brillantes sur les méthodes les plus prometteuses pour commencer à éliminer les obstacles structurels auxquels font face les personnes vivant avec la maladie mentale.

Le présent rapport résume ce que nous savons de la stigmatisation structurelle liée à la maladie mentale. Il présente d'abord un aperçu des concepts de la stigmatisation et de la stigmatisation structurelle, y compris la façon dont ils sont compris par les chercheurs contemporains. Le rapport décrit ensuite les différentes façons dont la stigmatisation structurelle se manifeste dans les systèmes institutionnels et les contextes sociaux modernes, notamment les soins de santé, l'emploi et le revenu, le logement, l'éducation, la justice pénale, la protection de la vie privée, la participation publique, les voyages, l'immigration, les médias, la reproduction et la parentalité. Il est évident que peu de domaines de la politique sociale touchant les personnes vivant avec la maladie mentale demeurent à l'abri de la stigmatisation. Les dernières sections du rapport résument les connaissances existantes en matière de lutte contre la stigmatisation structurelle. Les méthodes les plus prometteuses mobilisent une combinaison d'actions juridiques et stratégiques, d'efforts de sensibilisation et d'inclusivité, de réformes des soins de santé, d'éducation et de recherches.

Préambule

Ces travaux ont été financés par la CSMC, qui a demandé qu'une analyse documentaire narrative soit menée sur le sujet de la stigmatisation structurelle, notamment (a) la définition, les origines et la nature de la stigmatisation structurelle; (b) des exemples de la façon dont elle se manifeste dans la société d'aujourd'hui; (c) des avenues prometteuses pour produire un changement structurel afin de promouvoir une plus grande équité pour les personnes vivant avec la maladie mentale; et (d) des exemples de cas précis de changement systématique.

Le processus d'analyse narrative a commencé en mars 2013 par une recherche exhaustive de la littérature en entrant des mots clés (p. ex. stigmatisation structurelle, stigmatisation institutionnelle, violence institutionnelle, discrimination structurelle) dans plusieurs bases de données électroniques (p. ex. Web of Knowledge, JSTOR, Google Scholar, CINAHL). La littérature relative à la maladie mentale, à d'autres conditions de santé (p. ex. VIH/sida), ainsi qu'aux incapacités, à la race, à l'origine ethnique, à la sexualité et au genre, a été incluse. Ce processus a généré plus de 160 articles, ouvrages et rapports pertinents, lesquels ont été examinés et résumés. Le présent rapport a été rédigé en mettant délibérément l'accent sur des exemples canadiens de stigmatisation structurelle et les efforts déployés pour y remédier.

Il ne s'agit pas d'un document sur les pratiques exemplaires. Les stratégies recommandées dans le présent document pour réduire la stigmatisation structurelle liée à la maladie mentale se fondent principalement sur une accumulation de connaissances fondées sur l'expérience plutôt que sur des preuves validées scientifiquement. Ainsi, le rapport propose des approches et des stratégies qui, sur la base d'un éventail de sources d'information (p. ex. opinions d'experts, expériences vécues, recherches dans différents contextes), s'avèrent prometteuses pour lutter efficacement contre la stigmatisation structurelle.

Qu'est-ce que la stigmatisation?

« En raison de circonstances sociales et économiques globales, les personnes vivant avec la schizophrénie sont systématiquement exclues de la pleine participation à la vie civique et sociale et sont contraintes de mener des vies qui sont façonnées, en grande partie, par la stigmatisation, l'isolement, l'itinérance et le déni des droits de la personne fondamentaux. »
[traduction]
Kelly [5]

Les maladies comportent des dimensions biologiques, psychologiques et sociales [6, 5, 7]. La dimension biologique comprend des aspects liés à la génétique, à la neurochimie, à l'anatomie et aux interventions médicales (p. ex. médicaments). Elle englobe aussi les déficiences et les limitations fonctionnelles directement créées par une maladie, comme l'incapacité de voir ou de marcher dans le cas de la cécité ou de la paraplégie, respectivement. La dimension psychologique concerne la façon dont les gens pensent et se sentent par rapport à eux-mêmes et au monde qui les entoure, laquelle peut être affectée par un aspect inhérent à une maladie (p. ex. symptôme) ou comme une réponse indirecte à la maladie. Par exemple, alors que la dépression affecte directement l'état émotionnel à long terme d'une personne, le fait de vivre avec une maladie physique, comme le VIH/sida ou le cancer, peut avoir un effet négatif indirect, mais significatif, sur l'humeur d'une personne. La dimension sociale englobe la façon dont les maladies, et les personnes qui en sont atteintes, sont perçues et traitées par la société. Rares sont ceux qui contesteraient le fait que les forces sociales, économiques et politiques jouent un rôle important, au-delà de la biologie et de la psychologie d'une personne, dans le développement de la santé et du bien-être des personnes vivant avec une maladie mentale.

La stigmatisation est surtout un phénomène psychologique et social. Il s'agit avant tout d'un processus social qui vise à exclure, à rejeter, à faire honte et à dévaloriser des groupes de personnes sur la base d'une caractéristique particulière [8]. Au fil du temps, la société désigne certains attributs comme étant socialement significatifs et les définit collectivement comme étant anormaux, inacceptables et méritant une condamnation formelle et informelle [9, 10]. C'est là la clé de la stigmatisation : la plupart des attributs socialement pertinents ne sont pas intrinsèquement significatifs ou problématiques, mais ils sont plutôt définis et traités comme tels par le biais d'un processus social complexe. Bien que la stigmatisation puisse se manifester dans la façon dont les gens pensent, ressentent des émotions et agissent à l'égard de ceux qui sont considérés comme différents, elle est le produit d'un contexte social qui permet le dénigrement de la différence [11].

Par conséquent, la stigmatisation en dit plus sur la société que sur les personnes qui présentent des caractéristiques stigmatisées ou celles qui entretiennent des croyances négatives à l'égard des autres. Elle permet de savoir qui, dans la société, a accès au pouvoir et aux privilèges nécessaires pour définir les règles et appliquer des sanctions en cas de violation de ces règles [12 13] : ceux qui y ont accès deviennent les bénéficiaires de la stigmatisation alors que ceux qui n'y ont pas accès deviennent ses cibles [14]. À leur tour, les cibles de la stigmatisation sont redirigées sur un chemin où leur identité disparaît, leurs relations sont transformées, et l'orientation de leur vie est modifiée parce qu'ils ont été marqués par un attribut stéréotypé [15, 11]. Les effets négatifs de la stigmatisation se croisent et se cumulent, de sorte que les inégalités et les injustices s'accumulent au fil du temps, des générations et des contextes. Par exemple, une mère célibataire qui se voit refuser un emploi parce qu'elle vit avec une maladie mentale peut, par conséquent, avoir de la difficulté à trouver un logement décent (c'est-à-dire abordable, stable, sûr, sain) dans un quartier sûr, ce qui peut influencer ses chances de réussite dans la

vie et celles de ses enfants [16]. Incontestablement, la stigmatisation peut produire une escalade négative sur le parcours de vie des personnes ayant une maladie mentale, ce qui tend à créer une « dérive sociale descendante » ou un déclin de la classe sociale [17]. Bien sûr, la situation n'est pas inévitable : de nombreuses personnes résistent avec succès [18, 19].

Ces idées se reflètent dans la conceptualisation de la stigmatisation la plus influente à ce jour. S'inspirant des théoriciens classiques de l'étiquetage en sociologie¹, Link et Phelan [25] définissent la stigmatisation comme le processus par lequel l'étiquetage, les stéréotypes, la séparation, la perte de statut et la discrimination coexistent dans un contexte de pouvoir. L'étiquetage désigne le processus social de construction et d'application de catégories de différences humaines simplifiées à outrance et socialement marquantes. Grâce à ce processus, les personnes étiquetées seraient nettement différentes. Les stéréotypes supposent une approbation culturelle de l'association entre les étiquettes sociales et les caractéristiques indésirables. Dans la composante suivante, soit la séparation du « nous » et du « eux », les personnes portant une étiquette stéréotypée sont mises à part et isolées du reste de la société. Ainsi, un « eux stigmatisés » est créé [25]. Tous ces éléments peuvent alors mener à la dévalorisation, au rejet et à l'exclusion de certains groupes, créant un désavantage social et une perte de statut social.

Il est important de souligner trois aspects du cadre proposé par Link et Phelan [25] et appuyé dans le présent rapport. Premièrement, le concept de stigmatisation englobe à la fois la perte de statut et la discrimination. Bien que certains chercheurs préfèrent faire la distinction entre stigmatisation et discrimination [p. ex. 26, 27], une définition de la stigmatisation fondée sur la sociologie associe les dimensions psychologiques et comportementales. Le maintien d'une division entre stigmatisation et discrimination n'a pas de sens lorsque la stigmatisation est formulée de manière non individualiste, multidimensionnelle, à de multiples niveaux et selon une compréhension commune du concept. Aussi, la stigmatisation dépend du pouvoir social, économique et politique [25]. Les groupes privilégiés maintiennent leur avantage et leur autorité dans la société en utilisant la stigmatisation comme un outil pour empêcher les autres d'accéder au pouvoir et aux ressources [28]. De manière connexe, la stigmatisation s'étend aux niveaux micro et macro [29, 30]ii². Il est donc utile de considérer que la stigmatisation existe à trois niveaux qui interagissent et se renforcent mutuellement : le soi, le social et le structurel [33, 11, 34].

L'auto-stigmatisation existe à l'échelle individuelle et inclut les perceptions et les expériences de ceux qui possèdent des attributs stigmatisés. Les personnes présentant des caractéristiques stéréotypées, comme la maladie mentale, sont socialisées et croient qu'elles sont des membres dévalorisés de la société, ce qui les amène à avoir des sentiments négatifs à l'égard d'elles-mêmes, à adopter des comportements inadaptés, et à transformer leur identité [35]. Les personnes qui se sentent dévalorisées ont tendance à modifier leurs attentes sociales de sorte qu'elles s'installent dans leur faible position sociale. Elles peuvent ne pas chercher à améliorer leur statut social (par l'éducation ou le travail) ou hésiter à remettre en cause les obstacles qui se dressent sur leur chemin vers une vie meilleure [36, 37]. Les recherches indiquent que l'auto-stigmatisation liée à la maladie mentale est associée au désespoir, à une mauvaise estime de soi, à la désautonomisation, à une diminution de l'efficacité personnelle, et à une baisse de la qualité de vie [35].

¹ Voir par exemple : [10, 20-24].

² Les autres modèles conceptuels qui fournissent un cadre pour lier la stigmatisation aux niveaux micro et macro comprennent l'approche écologique de la stigmatisation [31] et le cadre intégrant les influences normatives de la stigmatisation.

La stigmatisation sociale existe à l'échelle de groupe et fait référence aux membres de la communauté qui jugent que certains traits de caractère sont contraires aux normes communautaires et se comportent de manière préjudiciable, par l'action ou l'inaction, envers les personnes qui possèdent l'attribut dévalorisé [38, 33, 39]. Elle est produite par les croyances individuelles et collectives des membres dominants de la société, lesquels donnent forme aux règles d'engagement et définissent les façons acceptables de se comporter envers les groupes opprimés [28]. Elle s'exprime de manière comportementale lors des interactions interpersonnelles, ce qui explique pourquoi les termes « discrimination individuelle » et « discrimination interpersonnelle » sont souvent utilisés pour décrire cette forme de stigmatisation [29, 25]. La stigmatisation sociale constitue un terrain fertile pour l'auto-stigmatisation et la stigmatisation structurelle. Par exemple, une personne qui croit que toutes les personnes aux prises avec la schizophrénie sont dangereuses peut être peu encline à se lier d'amitié avec une personne ayant une maladie mentale (contribuant ainsi à l'auto-stigmatisation) et peut soutenir des interventions coercitives en matière de santé mentale (contribuant donc à la stigmatisation structurelle). Les spécialistes du racisme et des préjugés sexuels ont observé que la stigmatisation sociale dans la société moderne est plus susceptible d'être exprimée de manière subtile (également appelé le racisme par aversion ou préjudice moderne) puisqu'il existe une pression sociale croissante contre les formes ouvertes et flagrantes de préjugés et de discrimination [40, 41]. Les recherches portant sur les expériences des personnes ayant une maladie mentale ont également documenté ces formes subtiles, mais significatives, de stigmatisation qui se manifestent dans différents contextes sociaux comme le milieu de travail [p. ex. 42].

Bien que ce rapport soit principalement axé sur la maladie mentale, il est important de reconnaître la pertinence d'un large éventail de caractéristiques et de statuts auxquels les théories de la stigmatisation ont été appliquées. De nombreux chercheurs croient que les processus d'exclusion produits par la race, l'origine ethnique, le genre, l'âge, la classe sociale, l'orientation sexuelle et différents types d'incapacités présentent des ressemblances avec la stigmatisation des maladies mentales [43, 28]. Les groupes non dominants de la société partagent des histoires d'oppression systématique, de ségrégation, de déni des droits fondamentaux de la personne, et d'épuisement des ressources sociales, économiques et politiques. Au Canada, par exemple, il existe une ressemblance frappante entre le traitement historique et les réalités actuelles des peuples autochtones et des personnes ayant une maladie mentale puisque les deux groupes ont été soumis à une discrimination systématique et directe, à une dislocation sociale, et à de mauvaises conditions sociales et économiques [44].

En plus de partager des points communs, il est clair que les caractéristiques et les statuts stigmatisés n'agissent pas de manière isolée. Chaque personne est composée de multiples attributs (p. ex. race, genre, incapacité) qui, ensemble, influencent le développement de son identité, ses expériences subjectives, et ses chances dans la vie [45, 47]. Une étude révélatrice portant sur près de 1 000 personnes souffrant d'une incapacité psychiatrique aux États-Unis a montré que bon nombre d'entre elles avaient perçu une discrimination fondée sur des facteurs autres que leur maladie mentale. Par exemple, 66 % des Afro-Américains interrogés ont signalé une discrimination raciale, 34 % des femmes interrogées ont perçu une discrimination fondée sur le genre, 83 % des homosexuels interrogés ont signalé une discrimination fondée sur leur orientation sexuelle, et 49 % des personnes ayant une incapacité physique interrogées ont indiqué qu'elles avaient été victimes de discrimination en raison de leur incapacité physique [48]. Il est donc important de tenir compte des multiples dimensions des inégalités dans toute discussion sur la stigmatisation liée à la maladie mentale, d'autant plus que les personnes victimes de racisme, de sexisme et de classisme, notamment, sont plus susceptibles d'avoir des problèmes de santé mentale [8]. De plus, les maladies mentales sont souvent associées à d'autres caractéristiques stigmatisées, comme le fait d'être économiquement défavorisé, d'être institutionnalisé,

ou d'avoir des problèmes de toxicomanie. Les recherches indiquent que le fait de vivre avec une maladie mentale amplifie les inégalités de pouvoir existantes créées par la combinaison du genre, de la race et de la classe sociale [49].

Contrairement à la race, à l'origine ethnique, au genre, à l'orientation sexuelle ou à d'autres attributs, les incapacités peuvent causer une déficience. Par exemple, les maladies mentales ont des effets délétères sur la cognition, les relations sociales et le fonctionnement, ce qui peut entraîner des conséquences néfastes dans de nombreux domaines de la vie. Une personne vivant avec la schizophrénie peut être incapable de nouer des amitiés et de les maintenir en raison de symptômes qui augmentent le retrait social et diminuent la motivation. Parallèlement, une personne souffrant d'un trouble anxieux peut avoir de la difficulté à travailler parce qu'une peur ou une inquiétude incontrôlable l'empêche d'accomplir ses tâches. La stigmatisation exacerbe les restrictions liées à l'incapacité qui sont imposées aux personnes handicapées [50, 34], un point élucidé par le modèle social de l'incapacité. Ce modèle, aussi connu sous le nom de modèle d'inclusion des personnes handicapées, avance l'idée que l'incapacité découle de l'interaction entre l'incapacité individuelle et les obstacles dans l'environnement (p. ex. psychologiques ou structurelles) empêchant la participation en tant que citoyen à part entière dans la société [51, 52]. L'idée voulant que la stigmatisation soit créée et maintenue par des environnements invalidants est pertinente pour la discussion suivante sur le sujet de la stigmatisation structurelle. Les maladies mentales se distinguent également des autres incapacités physiques ou sensorielles puisqu'elles deviennent souvent un statut de référence [10], c'est-à-dire que l'identité d'une personne est effacée par sa maladie, laquelle dicte la façon dont elle est perçue et traitée par la société. Ainsi, les personnes ayant une maladie mentale qui protestent contre des exemples de stigmatisation structurelle risquent de voir leur résistance ignorée, réduite au silence et catégorisée (p. ex. « elle est fâchée parce qu'elle ne prend pas ses médicaments » ou « son trouble de personnalité le pousse à agir » [52].

Qu'est-ce que la stigmatisation structurelle?

« Les politiques et les pratiques institutionnelles que nous créons pour résoudre les problèmes sociaux sont essentielles pour la stigmatisation : elles peuvent la déclencher, la minimiser, et même la bloquer. » [traduction]

Link et autres [47]

Les chercheurs dans le domaine des études ethniques, raciales et de genre ont produit une grande partie de ce qui est connu de la stigmatisation structurelle sur le plan empirique, conceptuel et théorique. Dans le contexte de la maladie mentale, la stigmatisation structurelle fait référence aux règles, aux politiques et aux pratiques des institutions sociales qui restreignent arbitrairement les droits et les possibilités des personnes vivant avec une maladie mentale [53, 54]. Pour cette forme de stigmatisation, l'idéologie culturelle dominante est incarnée dans les systèmes institutionnels de sorte que les différences de pouvoir sont légitimées et les désavantages sociaux sont perpétués [33, 11, 55].

Les inégalités et les injustices sont ancrées dans le tissu social, de sorte que les personnes ayant une maladie mentale n'ont pas le même accès aux ressources et aux pouvoirs sociaux, économiques et politiques [56, 57]. Par conséquent, la société est alors conçue par et pour les personnes qui n'ont pas de maladie mentale. Au fil du temps, les politiques et les pratiques institutionnelles stigmatisantes

deviennent la norme de fonctionnement de la société. La stigmatisation ne dépend alors plus de l'action individuelle : au contraire, le désavantage et l'exclusion sont couramment perpétrés par les systèmes institutionnels [58]. La stigmatisation structurelle est renforcée dans le droit, les règlements et procédures internes des systèmes institutionnels privés et publics, et les pratiques des professionnels [59, 60]. Ces structures conspirent pour préserver les idéologies dominantes et maintenir les hiérarchies sociales [61].

La stigmatisation structurelle peut être intentionnelle ou non intentionnelle [62, 29, 63]³. La stigmatisation structurelle intentionnelle exige des efforts conscients et délibérés pour restreindre les droits et les possibilités des personnes ayant une maladie mentale. Il peut s'agir d'un effort manifeste, comme les politiques qui excluent les personnes de la couverture d'assurance-maladie en raison de leur maladie mentale. Autrement, l'effort peut être voilé, auquel cas les institutions utilisent délibérément un critère qui est fortement lié à la maladie mentale (c'est-à-dire un intermédiaire) pour refuser l'égalité des chances aux personnes ayant une maladie mentale [63]. Un exemple : les organisations qui refusent des emplois ou des possibilités de bénévolat aux personnes qui ont un casier judiciaire, sachant que cette pratique cause un préjudice inégal aux personnes ayant une maladie mentale qui ont régulièrement recours à la police pour accéder à des services de santé mentale d'urgence. La stigmatisation structurelle voilée peut également prendre la forme de dirigeants institutionnels qui ne parviennent pas à atténuer les inégalités et les injustices communes [64]. Un exemple serait celui des hauts responsables de la police qui continuent de soutenir la divulgation d'informations relatives à la santé mentale (p. ex. appréhensions liées à la santé mentale, tentatives de suicide) lors des contrôles policiers de routine ou de vérifications du casier judiciaire, après avoir pris connaissance qu'une telle pratique limite arbitrairement les possibilités des personnes ayant une maladie mentale, comme l'obstruction des possibilités de bénévolat et d'emploi.

La stigmatisation structurelle involontaire crée par inadvertance des injustices pour les personnes ayant une maladie mentale [65]. En général, cette situation se produit parce que les personnes ayant une maladie mentale sont représentées de manière disproportionnée dans certains groupes qui font l'objet d'une politique sociale donnée. Par exemple, les « réformes de la répression de la criminalité » qui imposent des peines plus sévères pour les infractions moins graves (comme les infractions en matière de drogue) auront des impacts disproportionnés sur les personnes ayant une maladie mentale en raison de la prévalence de problèmes concomitants de santé mentale et de toxicomanie. Certains chercheurs soutiennent que les formes non intentionnelles de stigmatisation structurelle sont en fait des reformulations contemporaines de politiques et de pratiques passées qui étaient conçues pour stigmatiser intentionnellement [66]. Ainsi, la stigmatisation structurelle est ancrée dans des pratiques historiques qui produisent un « héritage de disparité » [39], le désavantage se reproduisant au fil du temps et des générations. Par exemple, les personnes ayant une maladie mentale qui ont été intentionnellement mises à l'écart de la société par l'institutionnalisation le sont encore aujourd'hui en raison des politiques économiques et sociales qui les empêchent de devenir des membres à part entière de la communauté.

Il convient de souligner quelques points concernant les formes non intentionnelles de stigmatisation structurelle. D'abord, bien qu'elle soit omniprésente dans la société, elle est assez difficile à détecter et à documenter puisqu'elle se cache dans l'ombre et n'a pas d'intentionnalité manifeste [65]. Afin

³ Certains chercheurs préfèrent faire la distinction entre la stigmatisation institutionnelle et la stigmatisation structurelle sur la base de l'intention, cette dernière servant à décrire les effets non intentionnels [p. ex. 29].

d'exposer les raisons pour lesquelles les personnes ayant une maladie mentale sont victimes d'injustices et d'inégalités dans la société contemporaine, il faut décortiquer de multiples couches de politiques sociales et de pratiques institutionnelles stigmatisantes et les relier. Les chercheurs mentionnent souvent que bon nombre des restrictions actuelles des droits et des possibilités des personnes ayant une maladie mentale sont la conséquence d'un héritage de recherches et de traitements sous-financés en matière de maladies mentales, par rapport à d'autres problèmes de santé [67, 68], combiné aux préoccupations modernes de rentabilité des soins de santé. Ensuite, la stigmatisation structurelle non intentionnelle peut se transformer en une intentionnalité une fois que ses effets néfastes sont connus et ne sont pas corrigés par les responsables institutionnels, comme les décideurs politiques et les planificateurs des soins de santé [63]. Enfin, l'intentionnalité n'est pas nécessaire pour étayer les plaintes pour discrimination. Ainsi, il est possible de demander une réparation judiciaire pour les cas de stigmatisation structurelle non intentionnelle.

Dans une discussion constructive sur la stigmatisation sexuelle et le mariage homosexuel, Herek [69] fait une observation importante sur la stigmatisation structurelle : les lois n'apparaissent pas par magie. Elles sont plutôt négociées dans le cadre d'un processus social qui suppose un dialogue entre les politiciens, les lobbyistes et le public, lequel est parfois diffusé dans les médias. Pour les personnes qui font l'objet d'une stigmatisation structurelle, ce processus démocratique révèle que leurs concitoyens et leurs représentants élus approuvent les points de vue stigmatisants, que leurs droits fondamentaux sont ouverts au débat, et qu'ils ont un pouvoir relativement limité pour résister à l'idéologie dominante. De plus, même si une loi particulière peut être limitée par une instance (p. ex. les règlements sur le contrôle des armes à feu concernant les personnes ayant une maladie mentale aux États-Unis n'ont pas d'impact direct sur les Canadiens), le discours social entourant le problème social déborde les champs de compétence. Par conséquent, l'existence d'une stigmatisation structurelle liée à la maladie mentale, en tout lieu, constitue une menace mondiale pour l'estime de soi et la sécurité personnelle d'une personne.

Les politiques et les pratiques qui restreignent les droits et les responsabilités des personnes ayant une maladie mentale ne sont pas toutes des cas de stigmatisation structurelle. Certaines restrictions et distinctions peuvent être justifiées, comme l'a fait remarquer le tribunal des droits de la personne de la Colombie-Britannique : « Une différenciation de traitement découlant de l'incapacité mentale, réelle ou perçue, d'une personne ne suffira pas nécessairement à établir l'existence d'une discrimination [...] Dans certains cas, une différenciation de traitement est nécessaire pour répondre aux besoins et aux circonstances réels des personnes [70]. » Il peut être approprié de suspendre le permis de conduire d'une personne ayant une maladie donnée, comme une démence modérée, qui altère considérablement ses capacités cognitives, ou encore, il peut être justifié d'appréhender et d'hospitaliser une personne ayant une condition particulière, comme une psychose aiguë, qui l'amène à se comporter violemment envers les autres. Comment différencier ces scénarios de ceux qui sont considérés comme des cas de stigmatisation structurelle?

Le caractère arbitraire est le facteur clé de la stigmatisation structurelle. Comme l'a expliqué la juge Abella de la Cour suprême du Canada dans une affaire de mesures d'adaptation de poste pour une personne ayant une incapacité : « C'est le lien entre l'appartenance à ce groupe et le caractère arbitraire du facteur ou du comportement désavantageux, soit à première vue ou dans son impact, qui déclenche la possibilité d'une réparation. Et c'est le demandeur qui porte ce fardeau déterminant [71] para. 49. » La stigmatisation structurelle supposera probablement des politiques ou des pratiques qui restreignent un droit ou refusent une possibilité sur la base de catégories générales, comme un diagnostic actuel ou passé de maladie mentale, plutôt que des critères précis et mesurables fondés sur des évaluations individualisées de l'incapacité, de la capacité ou du risque. En outre, elle est susceptible de se manifester

lorsque les restrictions sont imposées à de multiples domaines de la vie et contextes sociaux, plutôt qu'à une activité précise pour une durée circonscrite.

Les chercheurs ont proposé une série de questions pour déterminer si une pratique ou une politique illustre la stigmatisation structurelle [62, 72, 38, 73].

- La pratique ou la politique institutionnelle contrevient-elle aux dispositions des lois existantes sur les droits de la personne?
- Dans quelle mesure les critères appliqués pour restreindre les droits ou les possibilités des personnes sont-ils larges ou spécifiques?
- Dans quelle mesure le domaine qui est restreint est-il large ou spécifique?
- Les institutions publiques et privées font-elles des efforts raisonnables pour aider les personnes (p. ex. en leur fournissant des services ou du soutien) à accéder à l'ensemble des droits et des possibilités?
- Dans quelle mesure la restriction demeurera-t-elle en place lorsque l'incapacité diminuera?
- Existe-t-il d'autres méthodes (p. ex. moins restrictives ou onéreuses) qui pourraient être aussi efficaces, voire davantage, pour atteindre les mêmes résultats?
- La pratique ou la politique institutionnelle stigmatisante serait-elle rejetée par ceux qui pourraient être affectés?
- Quelle est la nature et la portée du préjudice (p. ex. isolement social, inégalités économiques ou en santé) qui sera produit par la pratique ou la politique institutionnelle par rapport à ses avantages attendus?

Il peut être utile de répondre à ces questions lors de la préparation d'une plainte pour stigmatisation structurelle liée à la maladie mentale. Le problème est que des personnes différentes arriveront probablement à des conclusions différentes. Par exemple, déterminer si un employeur fournit des efforts raisonnables pour accommoder un employé dépend de la perception individuelle du caractère raisonnable. Il est clair que l'idéologie soutenue par une personne, ainsi que l'idéologie dominante dans la société, exercera une influence significative sur sa disposition à percevoir la stigmatisation structurelle lorsqu'elle se matérialise.

La stigmatisation structurelle s'exprime le plus fréquemment dans le domaine des pratiques professionnelles. Une série d'études portant sur les cas de discrimination institutionnelle liée au VIH/sida a révélé que la législation et les politiques étaient peu nombreuses, mais que la discrimination était relativement courante dans les procédures et les pratiques non écrites des fournisseurs de services de santé [74]. L'existence de pratiques stigmatisantes chez les professionnels de la santé trouve certainement écho dans les recherches qui s'intéressent aux perceptions et aux expériences des personnes ayant une maladie mentale (comme il en sera question plus loin). À ce stade, il convient de reconnaître que les chercheurs ne s'entendent pas tous pour dire que les attitudes et les comportements des stagiaires (p. ex. étudiants en médecine, cadets de la police) et des professionnels sont placés à juste titre à l'échelle « structurelle » de la stigmatisation. Certainement, le mauvais comportement de quelques professionnels (p. ex. psychiatres, employeurs, policiers) ne devrait pas être conceptualisé comme une stigmatisation structurelle. Cependant, si les pratiques déloyales des professionnels d'un système institutionnel sont récurrentes (c'est-à-dire qu'il ne s'agit pas d'événements isolés), symptomatiques de problèmes au sein de la culture organisationnelle, tolérées ou excusées par les dirigeants de l'organisation et ne sont pas corrigées malgré les problèmes connus, elles sont alors révélatrices d'une stigmatisation structurelle [29, 59, 75].

À quoi ressemble la stigmatisation structurelle?

« Le Canada a promis la création d'une société égalitaire, mais il a systématiquement exclu, marginalisé et isolé ses citoyens handicapés. » [traduction]

Kaiser [76], article 7, paragraphe 1

La stigmatisation a été comparée à une hydre à plusieurs têtes, créature de la mythologie grecque, en raison de sa capacité acharnée à apparaître et à réapparaître dans une multitude de domaines sociaux [77]. La littérature empirique et observationnelle révèle que peu de domaines de la politique sociale restent épargnés des impacts de la stigmatisation. Les personnes ayant une maladie mentale sont, à divers degrés, rejetées, exclues et dévalorisées dans les politiques et les pratiques de la plupart des systèmes institutionnels, comme les soins de santé, l'emploi, la sécurité sociale et le logement.

Les chercheurs ont utilisé une série d'approches pour étudier la nature et l'ampleur de la stigmatisation structurelle. La première approche consiste à sonder les membres du public pour déterminer leur volonté d'approuver les politiques sociales ou les décisions politiques susceptibles de restreindre ou de faire progresser des droits et des possibilités précis pour les personnes ayant une maladie mentale. Par exemple, les chercheurs ont examiné le soutien du public à l'égard de politiques qui interdiraient le permis de conduire, retireraient le droit de vote ou recommanderaient l'interruption de grossesse pour les personnes ayant une maladie mentale [78]. Des études ont également évalué les préférences du public en matière de lois coercitives et bienveillantes et de pratiques de traitement, comme l'hospitalisation involontaire, visant les personnes ayant une maladie mentale [79]. Dans le même ordre d'idées, des sondages ont examiné le soutien du public pour l'augmentation ou la réduction des niveaux de financement destinés aux soins de santé mentale [80, 81].

Cet ensemble de recherches comportementales est utile dans le sens où il donne un aperçu des perspectives des membres de la communauté sur les questions de politique publique. Par conséquent, une approximation des décisions politiques susceptibles de recevoir un soutien ou une opposition généralisée est établie. Mais ces recherches comportent une limite : les personnes interrogées peuvent répondre aux questions d'une manière socialement souhaitable, offrant une sous-estimation de l'ampleur de la stigmatisation qui existe dans la société. De même, ces recherches ne tiennent généralement pas compte de l'importance de l'engagement des participants dans le processus politique (p. ex., vote aux élections) ou de leur capacité d'influencer les décideurs politiques [82]. La présomption veut que les membres individuels de la société aient une chance égale d'influencer les décisions politiques, ce qui ne reflète pas la structure hiérarchique du pouvoir dans la société. Dans toute société démocratique, les personnes disposant de ressources et de pouvoir sont plus susceptibles d'influencer la politique sociale. Il se peut donc que la confirmation des perspectives de ces quelques personnes influentes soit particulièrement importante pour cet axe de recherche.

L'analyse des politiques est une autre façon d'étudier la stigmatisation structurelle. Dans ce type de recherche, le contenu réel des politiques et des lois est examiné minutieusement afin de découvrir des exemples de stigmatisation structurelle (ou de protection contre elle). Il s'agit d'une approche courante qui a été utilisée pour étudier la discrimination à l'égard des personnes atteintes du VIH/sida [83, 74]. En ce qui concerne les maladies mentales, Corrigan et ses collègues [54] ont examiné près de 1 000 projets

de loi relatifs à la santé mentale aux États-Unis pour trouver des preuves de stigmatisation structurelle. Ils ont constaté que la stigmatisation structurelle était peu fréquente dans les lois des États, alors que 3 % des projets de loi restreignaient les libertés (p. ex. en autorisant la médication involontaire ou le traitement communautaire obligatoire),

1 % encourageaient la discrimination (p. ex. en restreignant l'accès aux armes à feu, en diminuant les droits parentaux, en restreignant le placement dans les établissements de santé mentale), et 4 % réduisaient la protection de la vie privée (p. ex. en autorisant la divulgation d'informations sur la santé mentale à des fins de sécurité publique). Les protections proactives contre la stigmatisation étaient également rares dans les projets de loi sur la santé mentale, alors que 1 % élargissaient des libertés (p. ex. création d'options pour les directives anticipées), 1 % protégeaient contre la discrimination (p. ex. exigence d'un financement paritaire de la santé mentale, refus d'utiliser l'état de santé mentale des parents dans les décisions relatives à la garde des enfants), et 6 % élargissaient des droits à la vie privée (p. ex. interdiction de divulguer des informations sur la santé mentale).

L'un des résultats les plus importants de l'étude de Corrigan et autres [54] révèle que la majorité des projets de loi élargissant ou réduisant les protections se fondaient sur le statut d'une personne ayant une maladie mentale (p. ex. diagnostic passé ou actuel), plutôt que sur le niveau de capacité cognitive ou le degré de déficience fonctionnelle. Plusieurs chercheurs ont souligné que le fait de traiter les personnes ayant une maladie mentale comme s'il s'agissait d'un groupe homogène, quel que soit leur niveau de déficience fonctionnelle ou cognitive, est un exemple de stigmatisation structurelle puisqu'il est clairement injustifiable [54, 84, 85]. Cette approche de recherche a l'avantage de s'appuyer sur une source de données objective pour révéler la présence manifeste de la stigmatisation dans la politique sociale actuelle. Sa principale faiblesse : elle sous-estime largement l'omniprésence de la stigmatisation structurelle puisque la recherche indique régulièrement que la stigmatisation est plus susceptible de se matérialiser dans les pratiques institutionnelles, généralement guidées par des coutumes ou des procédures non écrites, plutôt que d'être inscrites dans une politique [83].

L'approche la plus courante pour enquêter sur la stigmatisation structurelle a été la tenue d'entrevues, d'enquêtes et de groupes de discussion pour examiner les expériences des personnes ayant une maladie mentale et de leurs proches, comme les amis, les parents et les fournisseurs de services [p. ex. 86]. Cette recherche exploite les perceptions subjectives de la stigmatisation qui peuvent être attribuées aux structures sociales et aux politiques. Par exemple, Stuart et ses collègues [87] ont constaté que près de la moitié (44 %) d'un échantillon d'utilisateurs canadiens de services de santé mentale ont déclaré avoir été traités injustement ou privés de leurs droits en raison de leur maladie mentale. De même, une enquête menée auprès d'environ 700 Américains vivant avec des troubles psychiatriques a révélé qu'environ un quart à la moitié des participants ont déclaré avoir été victimes de discrimination liée à la maladie mentale dans divers systèmes institutionnels, notamment l'emploi (52 %), le logement (32 %), les services de santé mentale (28 %), l'application de la loi (27 %) et l'éducation (24 %) [48].

Alors que ces études font état des expériences de stigmatisation réelles des personnes ayant une maladie mentale, certaines recherches suggèrent que c'est l'anticipation de la stigmatisation structurelle, comme la peur d'un traitement involontaire ou de recevoir des soins médicaux inadéquats, qui peut être particulièrement problématique pour les personnes ayant une maladie mentale [p. ex. 88]. Par exemple, une étude menée en Pologne a révélé que près de la moitié d'un échantillon de personnes vivant avec la schizophrénie s'attendait à une stigmatisation structurelle, alors que seulement 6 % d'entre elles ont rapporté une expérience réelle considérée comme de la stigmatisation structurelle [89]. Les recherches indiquent également qu'une grande partie de la stigmatisation rapportée par les personnes ayant une maladie mentale concerne les interactions directes avec les autres (c'est-à-dire à l'échelle individuelle ou interpersonnelle), plutôt qu'au chapitre des déséquilibres et des injustices

structurelles [90]. C'est là que réside la difficulté de ce type de recherche par auto-évaluation : la stigmatisation structurelle est souvent hors de vue et peut ne pas être perçue par ceux qu'elle opprime. En général, les gens sont plus susceptibles d'attribuer leur mauvaise fortune à des facteurs immédiats et directement observables, plutôt qu'à un réseau complexe de forces sociales invisibles. La stigmatisation structurelle est difficile à détecter et à étudier puisqu'elle est « enfouie sous des couches de règles et de règlements » [traduction] [91].

En gardant à l'esprit la façon dont la stigmatisation structurelle est conceptualisée dans le présent rapport, ainsi que les différentes traditions qui ont été utilisées pour l'étudier, les sections suivantes mettent en évidence les façons dont la stigmatisation structurelle se manifeste dans 10 systèmes institutionnels et contextes sociaux différents : les soins de santé, l'emploi et le revenu, le logement, l'éducation, la justice pénale, la protection de la vie privée, la participation publique, les voyages et l'immigration, les médias, ainsi que la reproduction et la parentalité.

Soins de santé

Le système de santé est régulièrement défini comme un facteur important de la stigmatisation structurelle liée à la maladie mentale ainsi qu'à d'autres problèmes de santé stéréotypés comme le VIH/sida [31] et les toxicomanies [92]. Bien que de nombreuses personnes ayant une maladie mentale reçoivent l'aide et le soutien dont elles ont besoin de la part de professionnels de la santé dévoués, le système de santé est également un lieu où les gens se heurtent à des inégalités et à l'injustice [93]. Les principaux moyens par lesquels la stigmatisation structurelle liée à la maladie mentale se manifeste dans le système de santé sont le financement insuffisant des services de santé mentale et de la recherche, la philosophie coercitive des soins qui sous-tend la prestation des services de santé mentale, et les pratiques non professionnelles des professionnels de la santé mentale.

Financement insuffisant. Les maladies mentales ont été systématiquement dépriorisées dans l'allocation des fonds destinés aux soins de santé [56, 94, 32, 95, 96]. Par conséquent, de nombreuses personnes ayant une maladie mentale n'ont qu'un accès limité à des soins de qualité inférieure qui ne répondent pas à leurs besoins, une expérience considérée par beaucoup comme la forme la plus dommageable de stigmatisation [91, 86]. Par exemple, les personnes peuvent être en mesure d'accéder à des services de santé mentale à court terme en période de crise, mais pas à d'autres moments où elles en ont besoin, ou encore, des médicaments moins chers peuvent être mis à la disposition des personnes ayant une maladie mentale, plutôt que des médicaments comparativement plus récents, plus coûteux et plus efficaces qui comportent moins d'effets secondaires [75,97]. De même, les personnes ayant une maladie mentale peuvent avoir accès à des interventions pharmacologiques, mais pas à d'autres formes de soins connus comme étant tout aussi ou plus efficaces, comme les thérapies psychologiques [84]. Les régimes d'assurance-maladie publics et privés peuvent offrir une couverture insuffisante pour les soins de santé mentale par rapport à celle qui est fournie pour les maladies physiques [p. ex. 98]. L'accès à des soins de santé mentale appropriés entraîne souvent un coût financier important que les personnes ayant une maladie mentale et leur famille ne peuvent tout simplement pas se permettre [86].

Bien que de nombreuses lacunes du système public de santé mentale soient comblées par des services offerts par des organisations non gouvernementales et de consommateurs, ces services

essentiels subsistent grâce à des formes de financement fragmentées et temporaires. Il est clair que l'inefficacité d'un tel système de santé mentale désavantage les personnes ayant une maladie mentale en réduisant leurs choix, en entravant leur rétablissement, et en les exposant à de nombreux résultats négatifs (p. ex. victimisation, problèmes médicaux, etc.). Elle renforce également la croyance que les maladies mentales ne peuvent pas être traitées ou qu'elles nécessitent des formes coercitives de soins telles que l'hospitalisation involontaire. Kelly [99] soutient que l'absence d'un système de santé mentale efficace représente une « non-liberté » (p. 2112) empêchant les personnes ayant une maladie mentale d'atteindre d'autres formes de liberté telles que la pleine participation à la vie sociale et politique. Pour d'autres problèmes de santé, un système de soins d'aussi mauvaise qualité ne serait pas toléré [62], ce qui met en évidence la dévalorisation des maladies mentales par la société, qui se traduit par des inégalités systématiques dans la distribution des ressources en santé.

En ce qui concerne les niveaux de financement inadéquats pour les services et les mesures de soutien, des chercheurs du Canada, des États-Unis et de l'Australie ont également observé que la recherche sur la santé mentale n'est pas considérée comme prioritaire dans l'attribution des fonds scientifiques [100-103]. En dépit du fait que les maladies mentales représentent un coût et un fardeau énormes pour la société, les chercheurs qui étudient les problèmes de santé mentale reçoivent relativement moins d'argent que leurs collègues qui étudient d'autres maladies. Par exemple, une récente étude menée en Australie a révélé que la recherche sur la santé mentale recevait des niveaux de financement inférieurs à ceux de la plupart des autres problèmes de santé (p. ex. cancer, maladies cardiovasculaires), que la recherche sur la santé mentale était sous-financée par rapport au fardeau de la maladie, et que l'augmentation du financement de la recherche en santé mentale n'a pas suivi la croissance du financement de la recherche sur les autres problèmes de santé [104]. Cette répartition inéquitable du financement de la recherche est problématique puisqu'elle mène à un corpus de preuves scientifiques sous-développé à partir duquel sont prises les décisions relatives aux politiques et aux services de santé mentale. Pour améliorer cette situation, il faudra peut-être attirer davantage d'étudiants et de chercheurs dans le domaine de la santé mentale afin de renforcer les capacités de la main-d'œuvre en matière de recherche sur la santé mentale [104].

Fondements coercitifs. Au Canada, les lois sur la santé mentale ont tendance à se concentrer sur les interventions involontaires (c'est-à-dire les médicaments, le traitement communautaire ou l'hospitalisation) qui sont conçues pour restreindre les droits et les libertés des personnes ayant une maladie mentale [105]. En fait, les lois provinciales et territoriales sur la santé mentale sont mal nommées puisqu'elles traitent rarement des obligations du gouvernement à assurer la santé mentale de ses citoyens [106]. Ces lois sont censées remplir une fonction de protection, comme empêcher des personnes de se faire du mal ou d'en faire à autrui. Cependant, plutôt que de s'appliquer à tous les membres de la société qui représentent de telles menaces, elle crée une catégorie spéciale de citoyens en ciblant les personnes ayant une maladie mentale. Il faut se demander pourquoi la société est prête à utiliser des mesures préventives coercitives pour les personnes ayant une maladie mentale, mais pas pour d'autres groupes de citoyens [107, 52].

Certains soutiennent que ces lois perpétuent l'idée que les personnes ayant une maladie mentale sont intrinsèquement différentes des autres (c'est-à-dire qu'elles représentent un plus grand risque pour la sécurité publique) et qu'elles méritent moins les droits fondamentaux de la personne [108, 52], en particulier parce que ces lois affectent de manière disproportionnée les membres les plus défavorisés et les plus vulnérables de la société [109]. De plus, ce cadre législatif délimite clairement ceux qui occupent des positions de pouvoir (c'est-à-dire les fournisseurs de

services de santé mentale) et ceux qui ne les occupent pas (c'est-à-dire les personnes ayant une maladie mentale), et confond les fonctions de contrôle social et de traitement du système de santé mentale [96]. Il est connu que les fondements coercitifs des services de santé mentale peuvent fortement dissuader les gens de chercher de l'aide pour des problèmes de santé mentale [110, 111]. La stigmatisation structurelle se manifeste par l'incapacité des gouvernements à contrebalancer ces interventions coercitives en offrant des services de santé mentale volontaires de haute qualité, en fournissant un accès facile à des services juridiques, et en évaluant rigoureusement la mesure dans laquelle ces pratiques et politiques atteignent les effets souhaités (p. ex. amélioration de la qualité de vie) par rapport à leurs conséquences collatérales (p. ex. diminution de la participation au traitement).

Pratiques (non) professionnelles. Les personnes ayant une maladie mentale et leur famille signalent régulièrement que les attitudes et les comportements des professionnels de la santé et de la santé mentale exacerbent leur expérience de la stigmatisation [42, 7, 56, 112]. Dans le système de santé, les personnes ayant une maladie mentale qui cherchent à se faire soigner pour des maladies physiques peuvent être ignorées ou rejetées. Les professionnels du système de santé mentale peuvent s'engager dans d'autres pratiques qui contribuent à la stigmatisation, notamment en ne fournissant pas aux patients ou aux clients des informations sur leur maladie et leur traitement (p. ex. effets secondaires), en utilisant des leviers juridiques et la coercition pour obtenir le respect du traitement, en tolérant l'application systématique de pratiques déshumanisantes (p. ex. isolement, fouilles à nu, contraintes physiques), en excluant les personnes ayant une maladie mentale du processus de traitement, et en adoptant une position paternaliste envers les personnes ayant une maladie mentale [75, 42]. De plus, des professionnels de la santé et des services sociaux font subir aux personnes ayant une maladie mentale des intrusions dans leur vie privée, des gestes qui ne seraient pas acceptables pour traiter des personnes ayant d'autres problèmes de santé. Le fait que, dans de nombreuses études, les personnes ayant une maladie mentale rapportent ces expériences dans de multiples contextes signifie qu'il s'agit de problèmes systématiques et structurels, et non d'événements isolés ou rares.

Emploi et revenu

Les personnes ayant une maladie mentale rencontrent régulièrement des obstacles à l'obtention et au maintien d'un emploi [56, 84, 51, 113]. Les taux de chômage sont extrêmement élevés chez les personnes ayant une maladie mentale. Celles qui trouvent du travail ont tendance à être reléguées dans des emplois offrant des niveaux de rémunération inférieurs et moins de possibilités d'avancement [114]. Les preuves démontrent que la stigmatisation liée à la maladie mentale exerce un effet négatif sur la capacité d'une personne de participer à la population active, indépendamment des difficultés causées par les déficiences fonctionnelles et les lacunes de compétences [115]. La stigmatisation structurelle se manifeste de trois façons dans les contextes de l'emploi et du revenu : le refus d'embauche, l'absence de mesures d'adaptation et la désincitation au travail [116].

Refus d'embauche. La plupart des gens ne révèlent pas qu'ils souffrent d'une maladie mentale à un employeur potentiel. Ils savent que de partager cette information risque d'avoir un impact négatif sur leur embauche. Les employeurs ne sont généralement pas autorisés à demander aux candidats s'ils souffrent ou non d'une incapacité ou d'un problème de santé. Toutefois, les employeurs peuvent s'enquérir d'autres indicateurs indirects qui indiquent si un candidat vit ou non avec une maladie mentale. Par exemple, de nombreux formulaires de demande d'emploi continuent de poser des questions visant à déterminer si un candidat a déjà reçu ou reçoit actuellement un traitement en santé mentale [117]. Les employeurs peuvent demander aux personnes ayant une maladie mentale qui ont été hospitalisées ou qui ont reçu des prestations d'invalidité d'expliquer les longues lacunes dans leur dossier d'emploi. De plus, la plupart des professions exigent aujourd'hui une vérification du casier judiciaire des candidats, permettant ainsi d'identifier les personnes qui ont été appréhendées par la police pour des raisons de santé mentale (c'est-à-dire urgence de santé mentale, tentative de suicide). Par conséquent, une rencontre avec la police, qu'elle soit de nature criminelle ou non, peut être utilisée pour empêcher les personnes ayant une maladie mentale d'entrer sur le marché du travail. Puisque les personnes ayant une maladie mentale rencontrent la police plus fréquemment que les autres, de telles pratiques d'embauche affectent de manière disproportionnée les candidats ayant une maladie mentale. Bien qu'il existe des lois visant à protéger les personnes souffrant d'un handicap mental ou physique contre la discrimination, les décisions d'embauche, en particulier dans le secteur privé, sont entourées de mystère. Prouver qu'une décision d'embauche était fondée uniquement sur la maladie mentale d'une personne est une tâche aux proportions herculéennes qui exige énormément de temps et de ressources. Il est peu probable qu'un nombre important de personnes ayant une incapacité à la recherche d'un emploi aient accès aux ressources financières ou psychologiques nécessaires pour se lancer dans un tel combat.

Absence de mesures d'adaptation. Les personnes ayant une maladie mentale peuvent avoir besoin de certaines mesures d'adaptation sur le lieu de travail, comme des modifications de leur environnement de travail (p. ex. réduction des distractions), un horaire de travail flexible, une rétroaction supplémentaire sur leur rendement ou des congés non payés. Les employeurs sont légalement tenus de prendre des mesures d'adaptation raisonnables pour les personnes ayant une incapacité. Malgré tout, des organisations n'offrent pas de mesures d'adaptation aux employés ayant une maladie mentale [84]. En outre, les lieux de travail peuvent être des espaces peu sûrs pour les personnes qui révèlent qu'elles ont une maladie mentale et besoin de mesures d'adaptation. Les personnes ayant une maladie mentale craignent d'être congédiées ou traitées injustement, notamment de se voir refuser des promotions ou d'être reléguées à des tâches moins gratifiantes [42]. Les employeurs et les organismes de réglementation professionnelle

peuvent également assujettir les personnes qui révèlent qu'elles ont une maladie mentale à une surveillance extrême. Par exemple, dans une affaire entendue par le tribunal des droits de la personne de la Colombie-Britannique, un avocat, qui a révélé qu'il avait déjà reçu un traitement psychiatrique, a dû se soumettre à des examens et à des enquêtes excessifs et intrusifs de sa compétence mentale par le barreau de la Colombie-Britannique [118]. Le tribunal a statué que le barreau avait agi de manière discriminatoire en raison d'une incapacité mentale perçue et a ordonné qu'il verse 100 000 \$ au plaignant pour les frais juridiques, l'atteinte à la dignité et la perte de salaire.

Désincitation au travail. Lorsqu'une personne reçoit des prestations d'invalidité, le montant du revenu qu'elle est autorisée à percevoir par le biais d'un emploi peut être plafonné, ce qui signifie que les personnes qui gagnent plus qu'un montant donné grâce à leur emploi (p. ex. 500 \$ par mois) verront leurs prestations d'invalidité réduites ou annulées, indépendamment de la précarité de leur situation professionnelle ou de leur rétablissement. Bien que cette politique sociale vise à empêcher les personnes capables de travailler de demander des prestations d'invalidité, elle dissuade fortement les personnes ayant une maladie mentale de rechercher des possibilités d'emploi concurrentiel. Les prestations d'invalidité couvrent à peine les frais de subsistance de base (nourriture, logement, vêtements, etc.), de sorte que les personnes peuvent chercher à compléter leur revenu par nécessité, ce qui peut être considéré comme une forme de stigmatisation structurelle puisque la situation renforce la dépendance économique d'une personne à l'égard de l'État et l'empêche d'atteindre un niveau de vie décent [51].

Logement

La fermeture des grands établissements psychiatriques et les progrès de la médecine ont permis à un plus grand nombre de personnes ayant une maladie mentale de vivre dans la communauté. Il peut être difficile pour les personnes ayant une maladie mentale de trouver un logement sûr, stable, décent et abordable [84, 119]. Les propriétaires peuvent refuser de louer à des personnes ayant une maladie mentale ou qui reçoivent des prestations d'invalidité. Cette situation est illustrée dans une affaire du tribunal des droits de la personne de la Colombie-Britannique concernant un homme vivant avec une maladie mentale récurrente qui s'est vu refuser un appartement parce qu'il recevait une pension d'invalidité comme principale source de revenu [120]. Le tribunal a conclu que le propriétaire avait agi de manière discriminatoire envers une personne handicapée et ordonné au propriétaire de verser 1 000 \$ au plaignant pour l'atteinte à sa dignité.

Les logements peuvent être inabordables pour certaines personnes ayant une maladie mentale dont le revenu est limité par le fait qu'elles sont incapables de travailler en raison de leurs incapacités. Il existe un manque de logements abordables disponibles dans de nombreuses communautés. En effet, l'offre de logements subventionnés et abordables dans la communauté n'a pas suivi le rythme de la réduction des soins de santé mentale en établissement. De plus, les politiques et les pratiques des services de logement peuvent ne pas être adaptées aux personnes ayant une maladie mentale. Par exemple, ils peuvent être excessivement paternalistes, désagréables et indifférents, et obliger les résidents à prendre part à des interventions non souhaitées. Les critères d'admissibilité au logement peuvent exiger que les locataires respectent leur médication, s'abstiennent de consommer de l'alcool ou des drogues, ou participent à un traitement contre la toxicomanie [121, 122]. Par conséquent, un nombre important de personnes ayant une maladie mentale vivent dans des situations instables avec leur famille ou leurs amis, ou dans des conditions déplorables et dangereuses.

Une vive opposition communautaire et des lois de zonage discriminatoires compliquent parfois le développement de logements conçus pour les personnes ayant une maladie mentale [123]. Par conséquent, les logements abordables ou offrant des services de soutien ont tendance à être situés dans des communautés géographiquement isolées et socialement désorganisées, concentrant systématiquement les personnes ayant une maladie mentale dans des quartiers qui les exposent à un risque accru d'isolement social, de victimisation, de maladie et d'autres situations de vie stressantes [124-126, 52]. En effet, les disparités de revenu et de richesse, combinées à d'autres formes de stigmatisation structurelle, exercent une influence considérable sur les choix de logement des personnes ayant une maladie mentale.

Éducation

Comme le stipulent de nombreuses conventions et déclarations de l'Organisation des Nations Unies, l'accès équitable à l'éducation est un droit de la personne fondamentale [127]. Pour les personnes ayant une maladie mentale, le système d'éducation peut être un lieu où elles doivent faire face à

des obstacles considérables. Les recherches ont démontré qu'une mauvaise santé mentale est associée à un faible niveau d'instruction, à l'interruption de la scolarité, et au fait de ne pas entrer à l'université ou de ne pas en être diplômé [128, 129, 127]. Bien sûr, les incapacités directement créées par la maladie mentale contribuent grandement aux mauvais résultats scolaires des enfants, des jeunes et des adultes ayant une maladie mentale. Toutefois, les politiques et les pratiques des systèmes d'éducation, à tous les niveaux, créent des obstacles qui empêchent les gens de recevoir une éducation formelle, ou ne parviennent pas à les atténuer, créant des désavantages à long terme et à grande portée en matière d'emploi, de sécurité financière, de fonctionnement social, de santé et de bien-être [72].

La stigmatisation structurelle peut se manifester par un financement insuffisant des services de soutien aux étudiants ayant une maladie mentale, l'absence de mesures d'adaptation raisonnables, la ségrégation des classes ordinaires ou l'exclusion d'activités ou de possibilités offertes aux étudiants qui n'ont pas de maladie mentale [84, 52]. À titre d'exemple, citons le cas d'une étudiante universitaire de la Colombie-Britannique souffrant de dépressions récurrentes qui a connu un épisode aigu au cours duquel elle a tenté de sauter à travers une fenêtre vitrée. Elle est retournée à l'école après sa convalescence et s'est vu refuser l'accès à des biens habituellement mis à la disposition des autres étudiants (p. ex. clés d'un laboratoire informatique, feuille d'évaluation requise pour une demande de stage à l'hôpital). Le tribunal des droits de la personne de la Colombie-Britannique a jugé que l'élève avait été victime de discrimination de la part de l'école en raison de son incapacité mentale [130].

À l'instar des problèmes qui surviennent en milieu de travail, les étudiants ayant une maladie mentale qui font une demande d'admission à des programmes d'études postsecondaires peuvent être interrogés au sujet des lacunes dans leurs relevés de notes, lesquelles correspondent à leur rétablissement à la suite de problèmes de santé mentale, et se voir refuser des possibilités d'emploi en raison de ces lacunes [131]. Dans certains systèmes d'éducation, l'accès aux services d'évaluation de la santé mentale et de traitement est excessivement lent, entraînant des interruptions importantes dans l'éducation des étudiants [131]. De plus, par rapport aux étudiants souffrant d'une incapacité physique, ceux qui ont une maladie mentale peuvent avoir plus de difficulté à obtenir les mesures d'adaptation nécessaires, comme d'autres méthodes d'évaluation, des prolongations des travaux scolaires et un soutien supplémentaire, en raison soit de politiques institutionnelles qui ne reconnaissent pas les besoins des personnes ayant une maladie mentale, soit de réactions négatives de la part des éducateurs à l'égard des étudiants ayant des problèmes de santé mentale. Ainsi, les problèmes qui surviennent en raison

d'une maladie mentale, comme les problèmes de comportement ou les absences de l'école, peuvent être traités avec scepticisme, vigilance et mesures disciplinaires, plutôt qu'avec soutien et mesures d'adaptation.

Justice pénale

Les personnes ayant une maladie mentale sont largement surreprésentées dans le système de justice pénale [132]. Bien qu'il existe un certain nombre d'explications pour les taux élevés de maladies mentales dans le système de justice pénale, les préjugés structurels et les inégalités sociales jouent un rôle important. En effet, les facteurs qui influencent la santé mentale sont généralement les mêmes que ceux qui influencent la criminalité, comme la pauvreté, le chômage, le manque d'éducation, les mauvaises conditions de vie et l'accès inéquitable à la richesse, au pouvoir et aux ressources [133, 134].

Ainsi, la stigmatisation structurelle qui se matérialise dans d'autres domaines de la vie (p. ex. accès inégal à l'emploi ou aux possibilités d'éducation) peut exposer les personnes ayant une maladie mentale au risque d'entrer en conflit avec la loi. Par exemple, les lacunes des systèmes de santé et de services sociaux contribuent à la transformation et à l'utilisation des processus de justice pénale (p. ex. arrestation, accusations criminelles et condamnations) et des agents (p. ex. police, juges et agents de probation) comme moyen d'accéder aux services de santé mentale. La prolifération d'équipes de police spécialisées, de tribunaux et de services correctionnels pour les personnes ayant une maladie mentale sont des signes révélateurs de problèmes sociaux profondément ancrés qui ont orienté certains citoyens vers les services de justice pénale. Inversement, les personnes ayant une maladie mentale qui ont été victimisées se voient systématiquement refuser toute protection par le système judiciaire, certaines d'entre elles déclarant que leurs plaintes ne sont pas crues par la police et les procureurs [27, 135]. Par conséquent, certaines personnes ayant une maladie mentale hésitent à demander de l'aide aux agents des services de justice pénale.

Une fois que les personnes ayant une maladie mentale entrent dans le système de justice pénale, elles se retrouvent ancrées dans la stigmatisation structurelle. L'obtention d'une libération conditionnelle [136, 137] et la réussite dans la communauté sous surveillance correctionnelle [138] peuvent être difficiles pour les personnes ayant une maladie mentale. Certains de ces problèmes sont attribuables aux services sociaux et de santé mentale de qualité inférieure offerts aux personnes ayant une maladie mentale en milieu correctionnel et dans la communauté. Par exemple, les détenus qui n'ont pas accès à des services appropriés de santé mentale et de toxicomanie en prison sont plus susceptibles d'être accusés d'avoir enfreint les règles de l'établissement ou d'être impliqués dans une altercation verbale ou physique, réduisant ainsi leurs chances d'obtenir des permissions de sortie et une libération conditionnelle. Le fait que les détenus ayant une maladie mentale puissent aussi se voir refuser une libération conditionnelle parce qu'il n'existe pas de services appropriés de santé mentale et de toxicomanie pour les soutenir dans la communauté aggrave le problème.

Il y a également des raisons de croire que les professionnels de la justice pénale, comme les policiers, les juges et les agents correctionnels [139], endossent régulièrement des stéréotypes négatifs concernant les personnes ayant une maladie mentale (c'est-à-dire que la maladie mentale à elle seule est un facteur de risque important de comportement violent et criminel), ce qui affecte ensuite les politiques et les pratiques. Par exemple, les personnes ayant une maladie mentale qui sont en probation ont tendance à faire l'objet d'une supervision et d'une surveillance plus intensives que leurs homologues qui n'ont pas

de maladie mentale. En outre, la présence d'une maladie mentale semble abaisser le seuil d'intervention des agents de probation en cas de manquement aux conditions de probation des personnes sous leur surveillance [140]. Ce ne sont là que quelques-unes des façons dont les personnes ayant une maladie mentale sont systématiquement désavantagées dans le système de justice pénale.

Protection de la vie privée

Les maladies mentales sont (pour la plupart) dissimulables, ce qui signifie que la majorité des personnes qui en sont aux prises peuvent choisir de révéler ou non leur maladie aux autres. Cependant, les politiques et les pratiques des milieux de travail, des écoles, des services sociaux et d'autres cadres institutionnels leur enlèvent injustement ce choix de nombreuses façons. Des expériences similaires ont été rapportées par des personnes vivant avec d'autres maladies, comme le VIH/sida, qui se sont battues pendant des années pour que leur droit à la vie privée soit protégé contre la divulgation obligatoire dans l'intérêt de la sécurité publique [62, 6].

La divulgation systématique de renseignements sur la santé mentale par la police [141], une pratique qui existe encore aujourd'hui au Canada, en est un exemple flagrant. Lorsque la police utilise les dispositions de la *Loi sur la santé mentale* pour appréhender une personne en crise, les informations relatives à cet incident sont souvent enregistrées dans les bases de données de la police. Ces renseignements peuvent ensuite être partagés entre les organismes de justice pénale (p. ex. police, services correctionnels, organismes de sécurité frontalière) et divulgués dans le cadre de vérifications de routine de casiers judiciaires, même si aucune infraction n'a été commise et qu'aucune accusation n'a été portée. Pour cette raison, il peut être difficile pour certaines personnes ayant une maladie mentale de faire du bénévolat, de trouver un emploi ou de voyager à l'extérieur du pays [p. ex. 142].

Conséquence

collatérale de ces politiques et pratiques : certaines personnes hésiteront à demander de l'aide lors d'une crise de santé mentale parce qu'ils craignent la façon dont leurs renseignements personnels seront consignés et utilisés par la police à l'avenir.

Participation du public

Historiquement, la société a empêché des personnes ayant une maladie mentale d'exercer leur droit à la participation publique, qui peut inclure le vote aux élections, la fonction de juré ou l'exercice d'une fonction politique. Bien que des progrès aient été réalisés dans ces domaines, les exclusions systématiques de la participation publique sur la base de la maladie mentale persistent aujourd'hui dans le monde entier [52, 127].

Une étude réalisée en 2001 sur 63 démocraties a révélé que seuls 4 pays, dont le Canada, ne limitaient pas le droit de vote des personnes ayant une maladie mentale [143]. Cependant, le Canada a refusé que les personnes ayant une maladie mentale votent aux élections fédérales jusqu'au début des années 1990, un changement provoqué par une décision de la Cour d'appel fédérale en 1988 [144]. Une étude plus récente portant sur 27 États membres de l'Union européenne a révélé que la majorité des pays continuaient d'interdire aux personnes ayant une maladie mentale de participer à la vie politique (qu'il s'agisse de voter, d'être élu ou des deux), que 9 pays imposaient certaines restrictions à la participation politique (p. ex. en fonction de l'évaluation individuelle de la capacité) et que seulement 5 pays permettaient la pleine participation au processus électoral [145].

Aux États-Unis, Hemmens et ses collègues [85] ont examiné les lois des États pour déterminer dans quelle mesure les droits civils des personnes ayant une maladie mentale étaient limités. Les résultats étaient troublants dans la mesure où les restrictions des droits étaient courantes et, dans de nombreux cas, imposées de manière générale aux personnes ayant une maladie mentale (restrictions liées à la « maladie mentale »), alors qu'elles s'appliquaient spécifiquement à celles qui n'avaient pas les capacités nécessaires ou représentaient un risque pour la sécurité publique (restrictions liées à l'« incompétence » ou à la « sécurité publique »). L'étude a révélé que 44 États ont restreint le droit de faire partie d'un jury (17 appliquant des restrictions liées à la « maladie mentale »), 37 États ont restreint le droit de vote (19 appliquant des restrictions liées à la « maladie mentale »), 24 États ont restreint le droit d'occuper une fonction publique (16 appliquant des restrictions liées à la « maladie mentale »), 27 États ont permis que la maladie mentale soit utilisée comme motif de divorce (21 spécifiant une « maladie mentale »), et 27 États ont permis la restriction des droits parentaux sur la base de la maladie mentale (21 appliquant des restrictions liées à la « maladie mentale »).

Bien qu'un coup d'œil rapide aux lois provinciales et territoriales similaires suggère que les Canadiens ayant une maladie mentale sont rarement exclus de la participation publique, une telle discrimination existe. Par exemple, au Québec, les personnes ayant une maladie mentale ne peuvent pas faire partie d'un jury (*Loi sur les jurés* du Québec, alinéa 4h). L'Ontario et la Colombie-Britannique disposent également de politiques similaires, mais précisent qu'elles ne s'appliquent que dans les cas où la déficience mentale aurait un effet négatif sur la capacité de la personne de remplir ses fonctions de juré (*Loi sur les jurys* de l'Ontario, alinéa 4a; *Jury Act* de la Colombie-Britannique, alinéa 3.1o). Il est nécessaire de poursuivre l'étude de cette question au Canada afin de comprendre dans quelle mesure les personnes ayant une maladie mentale sont privées, de manière formelle ou informelle, de l'exercice de leurs droits civils.

Voyages et immigration

Les voyages internationaux et l'immigration sont plus difficiles pour les personnes ayant une maladie mentale. L'incapacité produite par la maladie n'est pas la cause de ces difficultés, mais ce sont les politiques elles-mêmes qui créent plutôt des obstacles pour les personnes ayant une maladie mentale. Elles ont plus de difficulté à obtenir une assurance voyage qui couvre la santé mentale, même lorsque leur maladie est stabilisée [97, 146]. Elles peuvent être obligées de divulguer leur maladie mentale sur les permis de voyage et de faire face à des procédures de contrôle supplémentaires. Par exemple, avant de visiter le Canada, les citoyens de certains pays qui prévoient de s'y rendre doivent obtenir un visa de résident temporaire, qui exige des demandeurs qu'ils remplissent un formulaire dans lequel ils doivent indiquer s'ils ont « un trouble physique ou mental nécessitant le recours aux services sociaux ou de santé, pour des raisons autres que l'obtention de médicaments lors de [leur] séjour au Canada ». Les demandeurs qui répondent par l'affirmative sont ensuite invités à fournir des détails et peuvent être invités à fournir des documents de confirmation (p. ex. lettre du médecin). De même, les voyageurs qui demandent une dispense de visa pour les États-Unis doivent indiquer s'ils souffrent d'un « trouble mental associé à un comportement nuisible, y compris l'automutilation ». Il est impossible de savoir combien de fois les voyageurs se voient refuser l'entrée dans d'autres pays en raison d'une maladie mentale. Toutefois, comme mentionné précédemment, les Canadiens qui ont eu affaire à la police en raison d'une crise de santé mentale (p. ex. urgence de santé mentale, tentative de suicide) peuvent se voir refuser l'entrée aux États-Unis.

Avant d'immigrer au Canada, les personnes doivent remplir un formulaire qui demande si elles-mêmes ou un membre de leur famille figurant dans la demande ont déjà souffert d'une maladie grave ou d'un trouble physique ou mental. Il est intéressant de noter que cette question est connexe à d'autres qui portent sur les condamnations criminelles, les incarcérations et la participation à des crimes contre l'humanité et à des violences armées. Les demandeurs doivent ensuite se soumettre à un examen médical d'immigration qui exige un dépistage des troubles psychiatriques afin de déterminer s'ils sont susceptibles de constituer un danger pour la santé ou la sécurité publique ou s'ils entraîneront un fardeau excessif pour les services sociaux ou de santé au Canada (p. ex. s'ils nécessitent des soins continus en établissement). Ceux qui ne réussissent pas cet examen sont considérés comme « inadmissibles » en vertu de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* du Canada.

Certains ont suggéré que le fait d'autoriser une telle discrimination à l'égard des personnes ayant une incapacité contraste fortement avec les efforts récents visant à abolir les politiques et les pratiques d'immigration discriminatoires fondées sur la race, le sexe, la religion ou l'orientation sexuelle [147]. Bien que la politique d'immigration ne refuse pas l'entrée au Canada à toutes les personnes ayant une maladie mentale (ce qui constitue un changement positif par rapport à la pratique historique d'exclusions catégoriques), la clause de « demande excessive » est un obstacle extrêmement difficile à surmonter. De plus, elle donne un ton utilitaire à l'évaluation des personnes qui sont ou ne sont pas appréciées (ou dans lesquelles il vaut la peine d'investir) dans la société canadienne. Les personnes ayant une maladie mentale peuvent, sur cette base, être considérées comme des fardeaux et jugées indignes d'être des citoyens de notre société tolérante et inclusive [107, 52].

Médias

Aucun sujet lié à la stigmatisation structurelle n'a reçu autant d'attention de la part des chercheurs que la façon dont les médias représentent les maladies mentales. Les reportages et les représentations dans les médias des maladies mentales sont une source principale d'information sur la santé mentale pour de nombreux citoyens. La couverture médiatique ne se contente pas de présenter une description objective des faits relatifs à la maladie mentale. Les journalistes interprètent et expliquent également les événements, et tentent d'influencer les gens pour qu'ils voient les choses et agissent d'une manière particulière [148]. La couverture médiatique a un rôle à jouer, non seulement dans ce que le public regarde, mais aussi dans ce qu'il pense et ressent à propos d'un problème [149].

Ainsi, si les médias peuvent effectivement refléter ce qui se passe dans une communauté, ils façonnent également les phénomènes sociaux de manière importante. Par exemple, Corrigan et ses collègues [150] utilisent les termes « stigmatisation structurelle » pour décrire la manière systématique dont les médias encouragent la stigmatisation en présentant les personnes ayant une maladie mentale sous un jour négatif. Comme le suggèrent Holstein et Miller [151], la façon dont les problèmes sont structurés a une incidence directe sur les types de solutions qui sont considérées comme appropriées pour les résoudre. Les représentations médiatiques contribuent donc à la compréhension des maladies mentales par le public, influencent la façon dont les personnes ayant des problèmes de santé mentale sont perçues et traitées [p. ex. 152], et jouent un rôle dans les débats sur les politiques publiques relatives aux maladies mentales [p. ex. 153].

De nombreuses études ont examiné systématiquement les représentations des maladies mentales dans les médias [154-158]. Ce corpus de recherche conclut généralement que la couverture médiatique des

maladies mentales est disproportionnellement négative, présentant les personnes ayant une maladie mentale comme étant violentes, enclines à la criminalité, imprévisibles, incompétentes, indésirables et indignes. Un examen systématique conclut que les représentations médiatiques de la maladie mentale reflètent simplement la compréhension traditionnelle, logique et profane de la démence en décrivant les personnes ayant une maladie mentale comme étant inférieures à la société normale et distinctes de celle-ci [159].

Ces résultats négatifs ont été reproduits dans plusieurs études portant sur la représentation des maladies mentales dans les médias canadiens, sans qu'aucune amélioration ne soit observée au fil du temps [160-164]. Une étude menée par Stuart [165] a examiné les représentations médiatiques de la maladie mentale dans deux journaux locaux de Calgary, en Alberta. L'étude a été conçue pour évaluer l'efficacité d'une intervention médiatique de la fin des années 1990 qui visait à modifier les représentations des maladies mentales graves (p. ex. schizophrénie) dans les journaux. Selon l'analyse du contenu préalable et postérieure à l'étude d'évaluation, si le nombre moyen d'articles positifs sur la maladie mentale a augmenté de 33 %, le nombre d'articles négatifs, lui, a augmenté de 25 %, révélant que l'intervention n'a eu que des effets positifs minimes. Une analyse plus récente de la couverture des journaux canadiens de 2005 à 2010 a révélé que le danger, la violence et la criminalité étaient des thèmes directs dans 40 % des articles sur la maladie mentale, et qu'aucune amélioration des reportages sur la santé mentale n'a été observée pendant la période d'étude [160], même s'il y a eu une recrudescence de la sensibilisation à la santé mentale et des activités de lutte contre la stigmatisation au Canada.

Les médias sont souvent décrits comme ayant un pouvoir symbolique étendu grâce à leur capacité de diffuser des informations à un grand nombre de personnes sur de vastes régions géographiques. Une perspective plus complexe est proposée par Couldry [166] qui conceptualise le « pouvoir des médias » comme un processus social dans lequel tous les membres de la société (journalistes, propriétaires de médias, annonceurs, lecteurs, auditeurs, téléspectateurs) participent à la production et à la reproduction de versions particulières de problèmes sociaux comme la maladie mentale. Cette conception du « pouvoir des médias » offre la possibilité de lui résister et de le contester, et de modifier les modèles de reportage et de lecture grâce à l'engagement actif des gens ordinaires à l'égard des questions journalistiques. Elle offre également la possibilité d'un journalisme axé vers le civisme [p. ex. 167] dans lequel les journalistes en viennent à reconnaître et à comprendre les conséquences du récit en cours à la fois pour le public et les réponses stratégiques et, peut-être, à travailler directement avec les personnes ayant des problèmes de santé mentale afin d'interrompre le récit dominant.

Reproduction et parentalité

Une histoire tragique entoure les droits génésiques des personnes ayant une maladie mentale. De nombreux pays, dont le Canada, ont mis en œuvre des programmes de stérilisation forcée pour les personnes ayant une déficience mentale et physique entre le début et le milieu du XX^e siècle [168]. Bien que ces programmes barbares n'existent plus, certains observateurs soutiennent qu'ils ont été remplacés par des obstacles structurels voilés qui servent à empêcher les personnes ayant une maladie mentale de devenir ou d'être des parents [27, 52].

Cette situation découle principalement de la perception selon laquelle la santé et la sécurité d'un enfant sont gravement compromises lorsqu'un parent souffre d'une maladie mentale. De plus, le message moraliste suppose que les personnes ayant une maladie mentale ne méritent pas d'avoir des enfants.

- Les personnes ayant une maladie mentale sont largement considérées par les profanes et les professionnels comme incapables d'être de bons parents, une croyance qui peut être intériorisée par les personnes ayant une maladie mentale, les amenant à choisir de ne pas avoir d'enfants ou à douter de leurs capacités en tant que parents. Les personnes ayant une maladie mentale ne sont pas encouragées à fonder une famille : des professionnels de la santé leur conseillent de ne pas avoir d'enfants et refusent de les aider à gérer les médicaments psychiatriques qui permettraient une grossesse, elles ne se qualifient pas pour l'adoption, elles sont encouragées à avorter pendant la grossesse ou se voient refuser l'accès à la fécondation in vitro [169, 27, 170].

Les personnes ayant une maladie mentale qui ont des enfants font état d'un traitement injuste de la part des professionnels de la santé mentale, des travailleurs sociaux, des éducateurs, des juges, du personnel infirmier et des médecins [169, 170]. Elles peuvent être soumises à une surveillance intensive (p. ex. par des professionnels de la santé, de l'éducation et des services sociaux) et risquent continuellement de perdre la garde de leurs enfants. En fait, en réponse à un événement tragique (mais isolé) survenu en Colombie-Britannique, où trois enfants ont été tués par un parent souffrant de maladie mentale, le défenseur provincial des enfants a suggéré que le gouvernement mette en place un dépistage systématique des parents actuels et futurs afin de déterminer s'ils souffrent ou non de maladie mentale, ce qui a été présenté comme un moyen de protéger la sécurité et le bien-être des enfants [171, recommandation 1A]. À ce jour, il semble que de tels systèmes de contrôle aient été jugés comme légitimes pour la protection des enfants [p. ex. 172].

La maladie mentale d'un parent est couramment évoquée lors des litiges concernant la garde des enfants et comme motif pour refuser ou restreindre les visites des enfants. Une étude menée aux États-Unis a révélé que la majorité des États permettaient de restreindre les droits parentaux des personnes ayant une maladie mentale [85], notamment en permettant de mettre fin aux droits parentaux de garde d'une personne pour cause de maladie mentale [54]. Il est clair que les stéréotypes selon lesquels toutes les personnes ayant une maladie mentale sont instables, incompetentes et dangereuses placent les parents ayant une maladie mentale dans une situation d'impuissance lorsqu'il s'agit de questions de garde d'enfants. Ces politiques et pratiques entraînent des conséquences collatérales pour les parents, qui choisiront peut-être de ne pas chercher une aide professionnelle, craignant d'être soumis à des pratiques paternalistes ou de perdre la garde de leurs enfants. Tout comme la stigmatisation structurelle qui se matérialise dans d'autres domaines de la vie, le traitement injuste des parents ayant une maladie mentale exacerbera la marginalisation et le désavantage pour eux et leurs enfants.

À quoi ressemble la stigmatisation structurelle?

« Les cyniques pourraient affirmer que la discrimination institutionnelle est tellement ancrée dans notre société que toute idée sérieuse de son éradication par quelque moyen que ce soit est à la fois utopique et irréaliste. Il faut rappeler à ces personnes que la discrimination institutionnelle, comme tout ce qui existe dans notre monde, n'est guère plus qu'une création sociale et qu'en tant que telle, elle peut être socialement éradiquée. »

Barnes [51]

Les recommandations ne manquent pas quant à la façon dont la stigmatisation structurelle liée à la maladie mentale pourrait être éliminée. Malheureusement, peu de ces stratégies suggérées ont été mises à l'essai et évaluées. À l'heure actuelle, il n'existe pas de formule fondée sur des preuves pour réduire la stigmatisation structurelle. En fait, l'état actuel des connaissances pour diminuer efficacement la stigmatisation liée à la maladie mentale à tous les niveaux (c'est-à-dire social, personnel) est plutôt faible.

En l'absence de preuves solides, les personnes et les organismes qui cherchent à réduire la stigmatisation doivent se tourner vers d'autres sources de connaissances pour orienter leurs programmes. Il s'agit notamment de l'opinion d'universitaires et d'autres experts qui ont passé leur carrière à réfléchir et à effectuer des recherches sur la stigmatisation liée à la maladie mentale. Leurs conseils figurent dans de nombreux ouvrages, articles et rapports qui prodiguent des conseils sur la façon de s'attaquer à la stigmatisation structurelle [p. ex. 52, 127, 116, 56, 131]. Le savoir fondé sur l'expérience des personnes ayant une maladie mentale et de leurs alliés (p. ex. familles, amis) dont la vie a été directement touchée par la stigmatisation est une source inestimable. Les planificateurs de programmes astucieux devraient également exploiter la sagesse de ceux qui, pendant plusieurs décennies, ont réussi ou échoué à lutter contre la stigmatisation structurelle dans d'autres communautés marginalisées en raison de la race, de l'origine ethnique, du genre, de l'orientation sexuelle, de l'incapacité et de la maladie (p. ex. VIH/sida).

Malgré le manque de preuves empiriques, plusieurs tendances se dégagent du corpus documentaire existant. Il est d'opinion générale que les stratégies de lutte contre la stigmatisation, pour être efficaces, doivent cibler plusieurs niveaux en utilisant une combinaison d'approches [173, 174, 56, 175, 176, 72, 77, 99]. Ainsi, les interventions doivent être conçues pour cibler la stigmatisation à l'échelle individuelle (micro), sociale (méso) et structurelle (macro) [37]. Pour réduire efficacement la stigmatisation, il faudra également compter sur les efforts collectifs et la collaboration de nombreux groupes et organisations possédant un ensemble de compétences et une expertise (p. ex. avocats, militants, chefs d'entreprise) [77]. Pour combattre efficacement la stigmatisation structurelle liée à la maladie mentale, il faut aussi s'attaquer aux causes profondes de l'injustice et de l'inégalité, ce qui signifie essentiellement créer un mouvement social visant à transformer l'idéologie culturelle dominante en une idéologie qui ne se contente pas de tolérer, mais qui valorise et accepte la différence humaine [43].

D'autres problèmes de santé, comme le cancer, ont réalisé des progrès significatifs à l'échelle sociale et culturelle au cours des dernières décennies. L'impact d'un mouvement social de santé, combiné au mouvement féministe, sur l'expérience de la maladie est illustré de manière éloquente par Maren Klawiter dans une puissante étude sur l'expérience d'une femme (Clara) qui a reçu un diagnostic de

cancer du sein aux États-Unis à la fin des années 1970 et de nouveau à la fin des années 1990 [177]. Alors que la première expérience de Clara du cancer du sein était caractérisée par la stigmatisation, l'isolement, les disparités de pouvoir et l'invisibilité, son expérience plus récente après la transformation sociale associée au cancer du sein était caractérisée par l'inclusion, l'autonomisation, le choix et la solidarité. Une transformation sociale comparable est grandement souhaitée par les personnes ayant une maladie mentale et leurs alliés. Cependant, les obstacles sociaux et structurels auxquels ces personnes sont confrontées sont relativement plus difficiles à surmonter et plus enracinés. Des commentaires récents révèlent un cynisme et une impatience croissants à l'égard des programmes actuels de lutte contre la stigmatisation, lesquels ont surtout eu recours à des campagnes de type message d'intérêt public afin d'éduquer, de sensibiliser et d'améliorer les attitudes du public. De nombreux universitaires et défenseurs des intérêts désirent faire passer les objectifs des initiatives de lutte contre la stigmatisation de « généraux » (p. ex. amélioration des connaissances et des attitudes) à « tangibles » pour produire des améliorations concrètes dans la vie des personnes ayant une maladie mentale, comme le renforcement des mesures de protection des droits de la personne, l'amélioration de l'équité sociale et économique, et l'amélioration de la qualité de vie [178, 56]. Puisque les trois niveaux de stigmatisation se renforcent mutuellement, il est probable que les améliorations les plus importantes seront apportées par une combinaison de stratégies qui ciblent des objectifs « tangibles » et « généraux », plutôt que de choisir l'un au détriment de l'autre [7, 72, 179, 84, 52]. Il ressort également des recherches menées dans d'autres domaines (p. ex. race, origine ethnique, genre, sexualité) que l'amélioration de la stigmatisation structurelle ne sera pas rapide. Elle nécessitera plutôt des efforts persistants pour produire des changements progressifs sur plusieurs décennies et générations.

Les chercheurs ont demandé à des personnes ayant une maladie mentale quelles étaient leurs préférences en matière de lutte contre la stigmatisation. Des études menées aux États-Unis ont révélé que les stratégies de lutte contre la stigmatisation privilégiées par les participants étaient les suivantes : tenter des poursuites judiciaires par le biais des tribunaux (37 %) ou de la médiation (22 %), demander l'aide d'organismes gouvernementaux (26 %), déposer une plainte auprès d'un employeur ou d'un propriétaire par téléphone (13 %) ou lettre (2 %), obtenir l'aide d'un groupe de défense des intérêts (13 %), ou chercher un emploi ou un appartement ailleurs (10 %) [180]. Une autre étude menée au Royaume-Uni a révélé que la plupart des participants priorisaient les réformes institutionnelles plutôt que les approches d'éducation publique pour lutter contre la stigmatisation [181]. Les approches qu'ils ont suggérées comprennent l'augmentation des investissements en santé mentale afin d'améliorer l'accès aux services, d'améliorer les connaissances et les attitudes des médecins généralistes et des professionnels de la santé mentale, et l'abandon du modèle médical au profit de soins plus holistiques. Sur la base de ces suggestions, une analyse documentaire soulève six approches interdépendantes nécessaires pour prévenir la stigmatisation structurelle des personnes ayant une maladie mentale et les protéger, à savoir (1) l'action juridique et politique, (2) la défense des intérêts, (3) les efforts d'intégration, (4) la réforme des soins de santé, (5) l'éducation et (6) la recherche. Chacun de ces éléments est examiné ci-dessous.

Action juridique et politique

S'attaquer à la stigmatisation structurelle liée à la maladie mentale nécessitera une action juridique et politique importante, comme l'élaboration de nouvelles lois, la contestation, la modification ou l'abrogation de lois et de politiques préjudiciables, et l'application des lois existantes [51, 182, 27, 127]. L'objectif ultime est de mettre en place un système de protection solide permettant de contrecarrer les

cas de stigmatisation structurelle dans tous les domaines de la vie (p. ex. emploi, santé, logement, etc.). Un système solide faciliterait également l'accès aux mécanismes permettant aux personnes ayant une maladie mentale de remettre en question la stigmatisation structurelle lorsqu'elle se matérialise, notamment en aidant les personnes à partager leurs préoccupations auprès des tribunaux administratifs, des organismes de réglementation professionnelle et des tribunaux [173]. De telles réformes permettraient également de modifier la façon dont les personnes ayant une maladie mentale sont représentées dans la politique sociale, ce qui pourrait permettre d'atténuer l'auto-stigmatisation et la stigmatisation sociale [179].

Il existe déjà des lois pour prévenir la discrimination et l'inégalité pour les personnes ayant une maladie mentale. Contrairement à d'autres pays développés (comme les États-Unis, l'Angleterre, le Pays de Galles et l'Australie), le Canada ne dispose pas d'une loi fédérale sur les personnes handicapées. Toutefois, ses citoyens ont accès aux mesures de protection accordées par de nombreux textes internationaux, nationaux et provinciaux ou territoriaux. La plupart de ces textes offrent ce que l'on appelle des mesures de protection de première génération (ou négatives), c'est-à-dire qu'elles exigent que le gouvernement ne s'engage pas dans certaines activités [56]. Par exemple, les gouvernements ne doivent pas restreindre arbitrairement la liberté des personnes par l'appréhension, la détention et l'hospitalisation. Les mesures de protection de deuxième génération (ou positives) qui mettent l'accent sur l'obligation du gouvernement de garantir des droits sociaux pour remédier aux inégalités sociales, économiques et politiques, comme celles créées par la stigmatisation structurelle, sont plus rares [56, 127].

Une série de textes internationaux relatifs aux droits de la personne interdisent la discrimination, notamment la Déclaration universelle des droits de l'homme, le Pacte international relatif aux droits civils et politiques et le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, pour n'en citer que quelques-uns. Ces textes énoncent des normes et des principes que les nations ont accepté de respecter. Les États parties qui ne s'y conforment pas s'exposent à des sanctions politiques et économiques de la part de la communauté internationale. Dans le système juridique canadien, les lois internationales qui sont ratifiées par le gouvernement fédéral sont généralement applicables par les tribunaux canadiens lorsque leurs dispositions ont été transformées en droit interne (c'est-à-dire lorsque des lois ont été adoptées). Propre à la stigmatisation structurelle liée à la maladie mentale, l'un des accords internationaux les plus pertinents est la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées (CDPH), qui a été ratifiée par le Canada en 2010.

En tant qu'instrument des droits de la personne, la CDPH vise à promouvoir et à protéger les droits de la personne et les libertés fondamentales de toutes les personnes ayant une incapacité, y compris une maladie mentale. Huit principes directeurs sous-tendent la CDPH : « (a) le respect de la dignité intrinsèque, de l'autonomie individuelle, y compris la liberté de faire ses propres choix, et de l'indépendance des personnes; (b) la non-discrimination; (c) la participation et l'intégration pleines et effectives à la société; (d) le respect de la différence et l'acceptation des personnes handicapées comme faisant partie de la diversité humaine et de l'humanité; (e) l'égalité des chances; (f) l'accessibilité; (g) l'égalité entre les hommes et les femmes; et (h) le respect du développement des capacités de l'enfant handicapé et le respect du droit des enfants handicapés à préserver leur identité. » La CDPH expose 20 domaines des droits de la personne qui sont garantis aux personnes handicapées, notamment la reconnaissance de la personnalité juridique dans des conditions d'égalité (article 12); l'accès à la justice (article 13); la liberté et la sécurité de la personne (article 14); le droit de ne pas être soumis à la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (article 15); la protection de l'intégrité

de la personne (article 17); l'autonomie de vie et l'inclusion dans la société (article 19); le respect de la vie privée (article 22); l'éducation (article 24); la santé (article 25); l'adaptation et la réadaptation (article 26); un niveau de vie adéquat et la protection sociale (article 28); et la participation à la vie politique et à la vie publique (article 29). La CDPH est un important document qui devrait inspirer des progrès juridiques et sociaux en vue d'améliorer la protection des droits et des libertés, d'améliorer l'accès aux droits sociaux et d'éliminer la stigmatisation structurelle liée à la maladie mentale [76, 183, 127, 56].

Au Canada, la Charte canadienne des droits et libertés, la *Loi canadienne sur les droits de la personne*, la *Loi sur l'équité en matière d'emploi* et la *Loi canadienne sur la santé* sont quelques-unes des lois fédérales qui offrent des protections à tous les citoyens. La Charte canadienne des droits et libertés est la loi suprême du Canada, ce qui signifie qu'elle établit la norme pour évaluer la légitimité de toutes les autres lois du pays. La Charte est un outil essentiel pour contester les cas de stigmatisation structurelle puisqu'elle offre différentes protections aux Canadiens, notamment le droit de vote aux élections (article 3); le droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne (article 7); le droit à la protection contre la détention ou l'emprisonnement arbitraire (article 9); l'accès à un avocat (article 10); le droit à la protection contre tout traitement ou peine cruel et inusité (article 12); et la protection égale en vertu de la loi et l'égalité de bénéfice (article 15). Les droits et libertés qui sont garantis par la Charte ne sont pas absolus. Le gouvernement est autorisé (en vertu de l'article 1) à imposer des restrictions aux personnes dans certaines situations. Par exemple, bien que le traitement obligatoire porte atteinte au droit à la liberté d'une personne, il a été jugé justifié par l'objectif de protéger et de contribuer à assurer la sécurité et le bien-être de la personne et de la société. Les raisons de restreindre les droits doivent être spécifiques : une législation qui utilise des critères trop larges, comme des antécédents ou un marqueur de maladie mentale, sera jugée arbitraire. Théoriquement, tout citoyen qui croit que les droits que lui confère la Charte ont été violés peut demander réparation devant les tribunaux (article 24.1), ce qui devrait constituer un mécanisme puissant pour contrer la stigmatisation structurelle. Toutefois, d'un point de vue pragmatique, la préparation d'une cause pour les tribunaux (en particulier la Cour suprême du Canada) est coûteuse, prend du temps et dépasse les moyens de bon nombre des personnes ayant une maladie mentale.

La *Loi canadienne sur les droits de la personne* s'applique aux lieux de travail et aux services qui sont couverts par les lois fédérales, comme les banques, les transporteurs aériens, les services postaux et le gouvernement fédéral. Cette loi offre une protection contre les pratiques discriminatoires fondées sur le genre, la race, l'incapacité et d'autres motifs qui se produisent dans tout service ou activité sous réglementation fédérale. Les plaintes pour discrimination font l'objet d'une enquête et sont exécutées par la Commission canadienne des droits de la personne, et sont jugées par le Tribunal canadien des droits de la personne. Les services publics et privés qui sont couverts par des lois provinciales, comme les employeurs, les locateurs et les fournisseurs de services provinciaux, sont régis par des codes de droits de la personne provinciaux et territoriaux. Chaque province et territoire a établi des tribunaux pour statuer sur les plaintes relatives aux droits de la personne. De plus, certaines provinces ont créé des organismes plus affirmés, comme la Commission ontarienne des droits de la personne, qui offrent de façon proactive une gamme de services importants (comme l'élaboration de politiques, l'éducation du public, la surveillance des tendances et la tenue d'enquêtes) pour protéger contre la discrimination et la prévenir.

Outre les lois sur les droits de la personne susmentionnées, les lois provinciales et territoriales sur la santé mentale offrent certaines protections juridiques aux Canadiens ayant une maladie mentale. Par exemple, elles énoncent les critères et les processus selon lesquels les gens peuvent (et ne peuvent pas)

être traités et hospitalisés involontairement et contraints de se conformer à des conditions dans la communauté.

Cependant, il a été observé que la législation canadienne sur la santé mentale fait peu pour promouvoir les droits des personnes ayant une maladie mentale, les habiliter à faire des choix concernant leur vie, leur fournir des protections juridiques ou assurer leur pleine participation dans la communauté [106]. Les chercheurs suggèrent que la législation sur la santé mentale fasse davantage pour protéger et promouvoir les droits positifs des personnes ayant une maladie mentale (p. ex. accès au logement, soins de santé, niveau de vie adéquat) et structurer les services qui sont nécessaires pour soutenir les personnes afin qu'ils puissent éviter le traitement obligatoire, plutôt que de simplement exposer les raisons de la restriction des droits et des libertés [105, 106, 127]. Il a également été recommandé que la société ne crée pas de dispositions institutionnelles uniques pour la détention des personnes ayant une maladie mentale, mais plutôt de créer une législation dans laquelle la détention préventive peut être appliquée à tous les citoyens dont les capacités sont insuffisantes ou qui présentent un risque important pour la sécurité, quelle qu'en soit la cause [108].

La plupart des protections législatives qui existent actuellement ne sont pas propres aux personnes ayant une maladie mentale : il s'agit de codes de droits de la personne qui s'appliquent largement à tous les citoyens (p. ex. Charte canadienne des droits et libertés) ou aux personnes vivant avec une quelconque forme d'incapacité (p. ex. CDPH). Il est permis de se demander si les lois et les politiques qui font spécifiquement référence aux personnes ayant une maladie mentale sont nécessaires ou souhaitables. En effet, toute politique qui renforce la notion selon laquelle les personnes ayant une maladie mentale sont différentes des autres, que ce soit dans le contexte d'une restriction des droits par le biais d'un traitement obligatoire ou d'une plus grande protection, risque d'exacerber la stigmatisation [84, 52]. Il est important de s'assurer que les droits et les possibilités des personnes ayant une maladie mentale sont protégés de la même manière que pour tous les autres membres de la société [82, 7]. Les lois sur les droits des personnes handicapées doivent s'appliquer de la même manière aux personnes ayant des incapacités physiques et mentales. Par exemple, de la même manière que des mesures d'adaptation raisonnables sont prises sur le lieu de travail pour les personnes ayant une incapacité physique, les personnes ayant une maladie mentale devraient également avoir accès aux ressources et au soutien nécessaires pour gérer leurs incapacités [184, 66]. Au-delà de l'égalité, les personnes ayant une maladie mentale, comme de nombreux autres groupes socialement marginalisés (p. ex. les Autochtones), ont besoin d'équité, c'est-à-dire de ressources et de soutien supplémentaires pour compenser les désavantages sociaux, économiques et politiques afin qu'elles puissent bénéficier des mêmes droits et possibilités que les autres membres de la communauté. Les politiques sur l'équité peuvent exacerber la stigmatisation en renforçant la distinction entre « nous » et « eux », une conséquence collatérale. Certains défenseurs des libertés civiles et survivants de la psychiatrie ont formulé cette critique à l'égard des stratégies de déjudiciarisation pénale pour les personnes ayant une maladie mentale, de la défense de « non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux », et d'autres politiques sociales et pratiques institutionnelles propres à la maladie mentale [52].

Bien que les textes internationaux et nationaux susmentionnés soient importants pour l'établissement des droits de la personne universels, les chercheurs ont observé qu'ils ont été inefficaces, à bien des égards, pour améliorer les conditions matérielles et le statut des personnes ayant une maladie mentale [106, 52]. En effet, la stigmatisation structurelle persiste dans la plupart des pays développés, y compris le Canada, malgré l'existence de cadres législatifs et politiques très avancés [185, 56]. Ce paradoxe s'explique par une série de facteurs contributifs. Le premier problème : les lois peuvent être

intrinsèquement imparfaites [179]. Par exemple, les protections peuvent ne pas s'étendre à certains sous-groupes, comme les personnes ayant des problèmes de toxicomanie ou qui ont déjà fait affaire avec la justice. L'expérience des États-Unis de l'*Americans with Disabilities Act* suggère que les membres les plus marginalisés et les plus vulnérables de la société (p. ex. personnes gravement handicapées par une maladie mentale comme la schizophrénie) sont les moins susceptibles de bénéficier de protections législatives [52]. Les lois et les politiques peuvent également contenir un langage vague et ambigu qui laisse une trop grande marge de manœuvre en matière d'interprétation et de mise en œuvre. Par conséquent, les pratiques ou les procédures stigmatisantes peuvent découler d'un manque de clarté, comme des principes trop généraux, dans les lois visant à protéger les personnes contre la discrimination.

Une deuxième raison pour laquelle la stigmatisation structurelle existe dans des sociétés dotées de protections législatives apparemment solides tient au fait qu'il s'agit d'un phénomène difficile à documenter, en particulier lorsqu'il se manifeste sous des formes non intentionnelles et cachées [182]. Les recherches indiquent que les gens sont moins susceptibles de percevoir les formes institutionnelles de discrimination que les formes individuelles de discrimination [65]. Par conséquent, il est extrêmement difficile de produire suffisamment de preuves pour soutenir les allégations relatives à la stigmatisation structurelle [173, 84]. Autre facteur important : malgré la présence de lois interdisant la discrimination, les personnes ayant une maladie mentale ne cherchent pas à obtenir un recours juridique ou n'y ont pas accès [105, 84, 127]. Les recherches indiquent que seul un petit nombre des plaintes relatives à la discrimination fondée sur les incapacités et aux droits de la personne sont examinées par les organismes d'exécution [182, 173]. Il est possible que les personnes ayant une maladie mentale ne soient pas conscientes de leurs droits individuels ou de la manière de contester les violations de leurs droits. Elles ne sont peut-être pas en mesure d'assumer les frais financiers associés à un litige, ou d'investir le temps et l'énergie nécessaires pour s'opposer à l'inégalité ou à l'injustice.

Par définition, les personnes qui font l'objet d'une stigmatisation structurelle sont vulnérables à la honte, à la désautonomisation et à l'autostigmatisation [72], autant de facteurs qui les dissuadent fortement de demander de l'aide ou de lutter contre les systèmes institutionnels puissants. La peur d'être exposé en tant que personne ayant une maladie mentale est un facteur important qui explique pourquoi la stigmatisation structurelle reste incontestée [179]. De nombreuses personnes choisissent de dissimuler leur maladie mentale par crainte d'être exposées à de nombreux processus d'exclusion. Par exemple, une personne qui dévoile sa maladie mentale dans un domaine de la vie (p. ex. lors de la recherche d'un emploi) s'expose à d'autres pratiques d'exclusion et à un contrôle minutieux dans d'autres domaines (p. ex. éducation des enfants).

La persistance de la stigmatisation structurelle dans la société contemporaine peut s'expliquer aussi par le fait que sa remise en cause constitue une menace importante pour la légitimité de la hiérarchie sociale [65]. Ainsi, les personnes en position de pouvoir protègent leurs privilèges et justifient la hiérarchie sociale en rejetant les réclamations concernant l'inégalité et l'injustice et en rendant difficile l'accès des groupes au statut inférieur aux ressources nécessaires pour susciter le changement. La stigmatisation structurelle se développe dans des environnements où les infrastructures de contrôle et d'application des règles sont faibles, ou lorsque les personnes ayant une maladie mentale ne disposent pas des moyens de contester les violations [186].

Les cours de justice et les tribunaux des droits de la personne peuvent réagir aux affaires et rectifier les cas de stigmatisation structurelle, mais des approches plus proactives sont nécessaires, comme la vérification des politiques et des pratiques [173]. Des efforts doivent être faits pour établir des mécanismes de contrôle interne et externe afin d'évaluer, de promouvoir et de faciliter le respect des

lois et des politiques existantes, comme les règlements de la CDPH [99]. En outre, la législation visant à remédier à la stigmatisation structurelle doit être appuyée par des organismes d'application autorisés à sanctionner les systèmes institutionnels qui violent la législation existante [77].

Défense des intérêts

Bien qu'importantes, les mesures juridiques et politiques ne suffiront pas à éradiquer la stigmatisation structurelle [127, 7, 52]. D'autres approches sont nécessaires pour combler le fossé entre les politiques et la pratique, et surmonter les déséquilibres de pouvoir inhérents à la stigmatisation structurelle. En raison de leur situation sociale marginale, certaines personnes ayant une maladie mentale n'ont pas accès aux ressources nécessaires pour remettre en cause les inégalités et les injustices auxquelles elles sont régulièrement confrontées. Il existe donc un besoin de services de défense de la justice juridique et sociale, dans le but de soutenir les personnes ayant une maladie mentale et d'influencer les politiques publiques et les décisions d'allocation des ressources au sein des systèmes politiques, économiques et sociaux [99, 51, 183, 86, 97, 96], comme le soulignent Campbell et Deacon [50] : « là où il y a du pouvoir, il peut aussi y avoir un potentiel de résistance individuelle ou collective ». La défense des intérêts décentralise le pouvoir en créant des moyens supplémentaires pour les personnes ayant une maladie mentale de demander réparation lorsqu'elles sont confrontées à des cas de stigmatisation structurelle [183].

Les dirigeants de nos systèmes institutionnels, tels que les politiciens, les bureaucrates et les décideurs en matière de soins de santé, doivent être convaincus qu'il est inacceptable que les membres de la communauté subissent des restrictions arbitraires de leurs droits et de leurs possibilités simplement parce qu'ils ont une maladie mentale [29]. En outre, les personnes ayant une maladie mentale ont besoin d'un véhicule ou d'un forum pour mobiliser leurs intérêts de manière organisée, efficace et percutante. Les groupes de défense des intérêts doivent être soutenus pour entreprendre une série d'activités importantes, notamment organiser les communautés de santé mentale et mobiliser le soutien de la base, habiliter et engager les personnes ayant une maladie mentale dans le processus de défense des intérêts, recueillir et diffuser des informations relatives à la stigmatisation structurelle, faire pression pour changer les politiques sociales, les protections juridiques et les pratiques professionnelles, promouvoir une plus grande responsabilité, en mettant l'accent sur les droits de la personne et la qualité des services de santé mentale, et surveiller les progrès [173, 99, 183, 106]. Les groupes de défense des intérêts devraient également jouer un rôle important en aidant le gouvernement canadien à s'acquitter de son obligation de promouvoir, de protéger et de surveiller la mise en œuvre de la Convention relative aux droits des personnes handicapées des Nations Unies [107].

Certains chercheurs affirment que les groupes de défense des intérêts devraient rester indépendants de l'influence du gouvernement, ce qui leur donnerait la liberté d'affirmer des positions apparemment radicales sur des questions de politique publique [51, 106]. En d'autres termes, les défenseurs doivent se sentir libres de s'engager dans un débat politique sans craindre que leur financement et la poursuite de leurs activités ne soient menacés. Par exemple, si le gouvernement prévoit de promulguer des lois qui restreignent de manière déraisonnable les libertés des personnes ayant une maladie mentale, les groupes de défense doivent être en mesure de lutter ardemment contre de telles injustices. Il est clair que les organismes semi-autonomes qui reçoivent un financement substantiel du gouvernement ne peuvent pas remplir cette fonction efficacement puisqu'ils sont, d'une part, ignorés par le gouvernement en raison de leur indépendance et, d'autre part, modérés par le gouvernement par le contrôle des ressources [51, 106]. Cependant, il faut reconnaître que de multiples formes d'actions sont

nécessaires pour lutter contre la stigmatisation structurelle. Par exemple, les fournisseurs de services de santé mentale et leurs organismes professionnels peuvent être d'ardents défenseurs de la répartition équitable des ressources du système de santé mentale et du traitement des personnes ayant une maladie mentale [56]. De plus, les organisations qui entretiennent des liens étroits avec le gouvernement ont généralement un accès facile aux fonctionnaires qui sont prêts à écouter et à discuter des questions importantes. Malgré certaines contraintes liées à leurs accords de financement, les organisations semi-autonomes peuvent être parfaitement placées pour détecter et saisir des occasions éclairées d'éduquer, de défendre et de créer des changements en vue d'éliminer les obstacles structurels, ou du moins « d'amorcer la pompe » pour un changement ultérieur.

Les défenseurs des droits dans des domaines tels que les incapacités physiques, le cancer et la tuberculose sont reconnus pour leur rôle essentiel dans la transformation des attitudes sociétales, qui s'est souvent traduite par une augmentation du financement de la recherche et une amélioration des traitements [99, 96]. Dans le domaine du VIH/sida, un certain nombre de programmes d'action ont augmenté la disponibilité des traitements pour les personnes vivant avec le VIH/sida et réduit les expériences de stigmatisation. Par exemple, des groupes de lutte contre le VIH/sida se sont associés à des organisations d'avocats (p. ex. Lawyers Collective en Inde et l'AIDS Law Project en Afrique du Sud) pour utiliser la loi afin de faire avancer et de défendre les protections juridiques [59]. Les éléments clés de ces programmes de défense du VIH/sida sont le leadership et l'engagement actif des personnes vivant avec le VIH/sida dans les activités de défense des intérêts, l'éducation, le règlement de litiges et d'autres activités connexes [59]. La Disability Rights Commission de Grande-Bretagne (rebaptisée l'Equality and Human Rights Commission en 2007), qui fournit des informations et des conseils aux personnes handicapées, aux entreprises et aux fournisseurs de services, qui aide les personnes handicapées à faire valoir leurs droits et qui conseille le gouvernement [187], est un autre programme exemplaire de défense des intérêts. Il est important de noter que ce programme permet aux personnes ayant une maladie mentale d'avoir accès à un organisme d'exécution qui enquête officiellement sur les plaintes pour discrimination fondée sur la santé mentale [187].

L'amélioration de la participation politique est une autre approche prometteuse. Cette stratégie peut consister à améliorer le taux de vote des personnes ayant une maladie mentale et de leurs proches (p. ex. familles, amis, fournisseurs de services), à encourager les modèles politiques à parler de leurs propres problèmes de santé mentale et à promouvoir la formation de groupes d'intérêt ou de défense plus forts afin que les préoccupations des personnes touchées (directement ou indirectement) par la maladie mentale soient inscrites au programme politique [99]. La campagne Vote Mental Health 4All (<http://www.votementalhealth4all.ca/>) de l'Association canadienne pour la santé mentale (division de la Colombie-Britannique), qui a mobilisé la communauté de la santé mentale en Colombie-Britannique pour s'assurer que les questions de santé mentale faisaient partie de la conversation de la campagne lors des élections générales provinciales de 2013, en est un exemple. En effet, de nombreuses organisations de défense des intérêts de la personne et de la santé mentale au Canada et ailleurs ont de solides antécédents de résistance aux politiques sociales et aux pratiques professionnelles coercitives, paternalistes et injustes. La création et le financement d'un réseau national officiel d'organismes de défense des intérêts, contrôlé et dirigé par des personnes ayant une maladie mentale, sont recommandés comme un moyen important de combiner les ressources et les efforts visant à éradiquer la stigmatisation structurelle liée à la maladie mentale [51].

Efforts inclusifs

La stigmatisation structurelle entraîne l'exclusion sociale, c'est-à-dire « l'absence forcée de participation aux principales activités sociales, culturelles et politiques » [188]. Pour la contrer, il faudra donc promouvoir et créer des possibilités d'inclusion et de participation des personnes ayant une maladie mentale dans nos systèmes institutionnels. En s'appuyant sur le concept de développement communautaire, l'objectif est de mobiliser la communauté de la santé mentale, afin qu'elle s'engage dans le processus de définition des besoins locaux (c'est-à-dire des injustices et des iniquités), puis qu'elle dispose des connaissances, des compétences et de l'autorité nécessaires pour élaborer et mettre en œuvre des solutions locales [189, 56]. Ces activités doivent être conçues pour stimuler l'interaction entre les personnes ayant une maladie mentale, leurs familles et amis et d'autres membres et institutions de la communauté, notamment les médias, les entreprises, les écoles, les organismes bénévoles et les responsables politiques. Les efforts d'inclusion comprennent également une gamme de stratégies visant à éliminer les obstacles qui réduisent les chances des personnes ayant une maladie mentale de participer à tous les domaines de la vie, y compris le travail, l'école, la famille, les soins de santé et la politique, ce qui recoupe les autres approches de prévention et de protection contre la stigmatisation structurelle qui sont examinées ailleurs dans le présent rapport.

L'une des façons d'atteindre cet objectif est de soutenir une série d'initiatives locales qui encouragent les personnes ayant une maladie mentale à contribuer à leur communauté, démontrant ainsi qu'elles sont plus qu'un fardeau sociétal [174]. Par exemple, les autorités sanitaires pourraient veiller à ce que les personnes ayant une maladie mentale participent de manière significative aux processus décisionnels concernant les services de santé mentale, comme le contrôle de la qualité des traitements ou la détermination des obstacles structurels [97]. Un autre excellent exemple est présenté par Sayce [52] qui décrit un centre d'accueil géré par des consommateurs à Berkeley, en Californie, qui a résisté à l'opposition de la communauté en embellissant le quartier, en entretenant des relations avec les membres de la communauté locale et en sensibilisant les décideurs locaux aux lois antidiscrimination existantes. Le financement stratégique de projets de recherche communautaires, dans le cadre desquels des chercheurs universitaires et des membres de la communauté travaillent ensemble pour étudier et résoudre des problèmes affectant la vie quotidienne des personnes ayant une maladie mentale, est une autre méthode prometteuse pour mobiliser et responsabiliser les communautés marginalisées.

Réforme des soins de santé

Il est clair que les services de santé mentale devraient réduire, plutôt qu'exacerber, les problèmes des personnes ayant une maladie mentale. Cependant, la réalité est que les systèmes de santé mentale, par leurs politiques et pratiques professionnelles, peuvent fonctionner de manière à tolérer ou à produire des inégalités et des injustices. Pour lutter contre la stigmatisation structurelle, les personnes ayant une maladie mentale doivent avoir accès à la même gamme, qualité et norme de soins de santé que les personnes ayant une maladie physique [56]. Comme pour d'autres problèmes de santé, la stigmatisation liée à la maladie mentale est intimement liée à la qualité du traitement. La réduction de la stigmatisation entraînera une augmentation du financement (p. ex. plus de donateurs privés, soutien public et politique accru) afin d'accroître la capacité de recherche et de découvrir des traitements plus efficaces pour les maladies mentales. Inversement, l'amélioration du traitement de la santé mentale entraînera une diminution de la stigmatisation en réduisant les incapacités qui empêchent les gens de jouir d'une pleine participation sociale, politique et économique [96].

Comme de nombreux Canadiens peuvent en témoigner, le simple fait d'avoir accès à des soins de santé universels ne constitue pas une solution suffisante à la stigmatisation structurelle. Les chercheurs recommandent que les services de santé mentale soient structurés autour du concept de soins axés sur

le rétablissement (ou d'un autre paradigme adoptant des valeurs similaires), qui offre aux personnes ayant une maladie mentale l'autodétermination et le contrôle des décisions en matière de soins de santé [96, 56, 92]. L'objectif devrait être d'abandonner les pratiques paternalistes en matière de soins de santé au profit de systèmes de soins qui soutiennent les choix des patients, répondent à leurs besoins individuels et holistiques, respectent leurs droits humains et leur dignité, et reconnaissent la valeur des expériences vécues [190-193]. Dans un tel système de soins, le pouvoir est partagé entre les fournisseurs de soins et la personne ayant une maladie mentale, et les relations thérapeutiques sont non hiérarchiques et respectueuses. Le soutien au rétablissement de la santé mentale passe par un système qui offre une gamme de services allant au-delà des médicaments psychotropes et des autres interventions médicales, comme l'accès à l'intervention en cas de crise, la psychoéducation, les consultations et les thérapies psychologiques, l'autogestion et le soutien par les pairs, ainsi que la défense des intérêts.

Travailler à l'élimination des pratiques coercitives et des interventions obligatoires dans le système de santé mentale est une étape essentielle pour réduire la stigmatisation structurelle [52]. Les services involontaires peuvent s'avérer nécessaires dans des situations étroitement définies. Cependant, la restriction des droits et des libertés d'une personne ne devrait pas être tolérée comme moyen de réparer un système défaillant. Des efforts et des investissements plus importants sont nécessaires pour étudier et rectifier les problèmes systémiques (c'est-à-dire les lacunes des systèmes institutionnels) qui placent les gens dans des situations où des soins obligatoires peuvent être nécessaires. De plus, pour que les gouvernements s'attaquent de manière significative à la stigmatisation structurelle, ils doivent, au minimum, contrebalancer leurs interventions coercitives en offrant un continuum de services de santé mentale de haute qualité, volontaires, accessibles et appropriés, combiné à un accès facile à des services de défense juridique (p. ex. aide juridique) [107]. Des preuves solides soutiennent la prémisse selon laquelle le besoin d'interventions involontaires sera considérablement réduit en investissant dans un système de santé mentale qui offre un continuum de stabilisation de crise et de services ambulatoires intensifs [194]. Les personnes qui reçoivent des soins de santé mentale involontaires ne doivent pas être oubliées puisque des possibilités peuvent être créées pour les mobiliser de manière significative dans leurs propres soins et leur rétablissement [p. ex. 192, 195], et s'assurer qu'elles sont aiguillées vers des interventions moins restrictives en temps opportun.

Les efforts de lutte contre la stigmatisation peuvent être soutenus par des processus d'assurance de la qualité pour les services de santé mentale qui définissent et rectifient les politiques et les pratiques professionnelles génératrices de stigmatisation [8]. Les normes de soins devraient intégrer des indicateurs liés à l'inclusion et à la participation sociales, en plus d'autres mesures plus conventionnelles du rendement organisationnel [188]. À cet égard, les normes d'agrément des services de santé peuvent constituer un outil efficace pour promouvoir des soins axés sur le rétablissement et réduire la stigmatisation structurelle qui est ancrée dans le système de santé mentale [56].

La transformation colossale du système de santé mentale de la Californie qui est en cours offre une étude de cas de la réforme de la santé mentale qui semble être guidée par des philosophies de soins progressifs [196]. L'État a récemment adopté une loi imposant une taxe de 1 % sur le revenu des particuliers, qui est utilisée pour réorienter son système communautaire de santé mentale vers la prévention et le bien-être, le soutien au rétablissement de la santé mentale, la promotion de l'intégration communautaire, l'habilitation des personnes ayant une maladie mentale et de leur famille à diriger leurs propres soins, et l'élargissement des services aux populations mal desservies. Environ 1 milliard de dollars est alloué chaque année pour soutenir les stratégies de prévention et d'intervention précoce en matière de santé mentale, y compris les initiatives de lutte contre la stigmatisation qui, entre

autres activités, remettent en question les politiques discriminatoires qui ont un effet négatif sur les personnes ayant une maladie mentale.

Éducation

L'ampleur et la longévité des impacts structurels des efforts de lutte contre la stigmatisation qui se concentrent sur l'amélioration des connaissances et des attitudes sont limitées [56]. Cependant, il reste à savoir si ces changements sont des conditions préalables à la réalisation d'améliorations structurelles élargies. Les obstacles à la participation sociale des personnes ayant une maladie mentale peuvent-ils être éliminés sans d'abord transformer les valeurs et les croyances (c'est-à-dire le contexte social) qui renforcent la stigmatisation structurelle? Les politiciens et les dirigeants communautaires accorderont-ils la priorité à cette question si le public est indifférent ou favorable aux restrictions arbitraires des droits et des possibilités des personnes ayant une maladie mentale? Les pratiques changeront-elles si les professionnels, comme les propriétaires, les employeurs et les éducateurs, ne sont pas conscients de leurs obligations en vertu des règlements et des lois existants concernant le traitement des personnes ayant une maladie mentale? Puisque les stratégies susmentionnées ne transformeront pas nécessairement les attitudes et les croyances à l'égard de la maladie mentale, il est nécessaire de les compléter par d'autres stratégies pour déclencher et soutenir le changement au sein des systèmes institutionnels [84, 173, 77, 182].

Selon la plupart des chercheurs, pour que les campagnes de sensibilisation et d'éducation à la santé mentale entraînent des changements structurels substantiels, elles doivent viser les groupes professionnels puissants qui contrôlent nos systèmes institutionnels [53]. Par exemple, l'initiative de lutte contre la stigmatisation de l'Association mondiale de psychiatrie (appelée « Open the Doors ») a ciblé divers groupes, notamment le personnel médical, les journalistes, la police, les employeurs et les chefs religieux [184]. Une autre suggestion consiste à sensibiliser les élus et les décideurs à la manière dont leurs actions peuvent perpétuer la stigmatisation structurelle liée à la maladie mentale. La documentation fait état d'une série de tactiques visant à améliorer les connaissances, les attitudes et les comportements de différents groupes professionnels, notamment l'élaboration et la distribution de matériel éducatif et didactique sur les droits de la personne, la stigmatisation et les mesures d'adaptation; la modification des programmes de formation dans les universités et d'autres programmes éducatifs afin d'y inclure des questions relatives à la maladie mentale et à la stigmatisation; l'établissement de partenariats entre les organismes de santé mentale et d'autres groupes professionnels; et la création de compétences de base et de normes pour les professionnels (p. ex. police, médecins des soins primaires) qui comprennent des connaissances et des compétences liées à la maladie mentale et à la stigmatisation.

La modification de la façon dont la maladie mentale est présentée par les journalistes et dans les films et les émissions de télévision est régulièrement mentionnée comme un mécanisme clé pour lutter contre la stigmatisation structurelle [77]. Les campagnes de lutte contre la stigmatisation dans plusieurs pays, comme l'Australie et la Nouvelle-Zélande, ont donné des résultats prometteurs en développant des partenariats stratégiques avec les médias [197]. Une autre approche consistait à intégrer des programmes d'études aux programmes universitaires de journalisme afin d'améliorer les connaissances et les attitudes à l'égard de la maladie mentale et de modifier les pratiques journalistiques en ce qui concerne les reportages sur les personnes ayant une maladie mentale [197].

En plus des médias, les employeurs sont également reconnus comme un groupe cible clé [116]. Éduquer les employeurs en dissipant les mythes sur les capacités des personnes ayant une maladie mentale et

leur fournir des connaissances sur la façon d'accommoder les personnes ayant une maladie mentale sont des moyens essentiels pour contrer la stigmatisation structurelle [84]. Un examen systématique de 22 initiatives visant à lutter contre la stigmatisation en milieu de travail, principalement au moyen d'approches éducatives (p. ex. ateliers, psychoéducation, apprentissage collectif par l'expérience), a révélé que l'efficacité globale de ces programmes était mitigée. Toutefois, certains ont permis d'améliorer les connaissances et les attitudes des professionnels à l'égard des personnes ayant une maladie mentale [113].

Au minimum, les employeurs devraient être informés de leurs obligations juridiques en vertu des lois existantes concernant les personnes ayant une maladie mentale [184]. De nombreux outils sont disponibles pour éduquer les employeurs sur la façon d'accommoder les personnes ayant une maladie mentale au travail, y compris des ressources élaborées aux États-Unis [p. ex. 198, 199], en Écosse [p. ex. 200] et au Canada [p. ex. 201]. Il existe également des outils similaires pour les propriétaires et les planificateurs municipaux, comme la ressource en ligne de la Commission ontarienne des droits de la personne sur les droits et les responsabilités dans le contexte du logement locatif [202] et de la planification municipale [203]. Bien qu'elles ne soient pas propres à la maladie mentale, ces ressources fournissent de bons conseils sur les pratiques non discriminatoires en matière de logement.

Puisque les personnes ayant une maladie mentale mentionnent régulièrement les pratiques professionnelles en matière de soins de santé comme une source importante de stigmatisation, des efforts devraient être déployés pour éduquer les professionnels en santé et santé mentale. Pour rejoindre ce groupe particulier de professionnels, il est opportun de le faire lors de la formation notamment des infirmiers, des conseillers, des psychiatres et des médecins. Plusieurs programmes ont permis d'améliorer l'attitude des étudiants en médecine à l'égard du travail avec des personnes ayant des problèmes de santé mentale et de toxicomanie [184 175]. Puisque les pratiques stigmatisantes peuvent survenir lorsque les professionnels ne sont pas conscients de leurs responsabilités et de leurs obligations, les fournisseurs de soins de santé devraient être formés quant à la législation et aux politiques existantes qui interdisent la discrimination. Il a également été suggéré que les programmes de formation continue et les organismes d'agrément veillent à ce que les principes de soins axés sur le rétablissement et centrés sur le patient soient intégrés aux politiques des organismes de santé mentale et aux pratiques des fournisseurs de services de santé mentale [184, 56].

Il faut reconnaître que les stratégies éducatives susmentionnées comportent certaines mises en garde. Bon nombre d'entre elles offrent peu de preuves de leur efficacité. Ainsi, par exemple, nous savons que l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique sociale sont un processus complexe influencé par de nombreux acteurs sociaux et un large éventail de facteurs. Il serait donc naïf de suggérer que l'amélioration des connaissances et des attitudes d'un sous-ensemble de politiciens ou de bureaucrates se traduira nécessairement par un changement structurel à grande échelle. En outre, nous ne savons pas quels sont les différents niveaux d'efficacité de chaque stratégie pour différents groupes professionnels. Ce qui fonctionne dans le domaine de l'emploi n'est peut-être pas aussi efficace pour modifier le comportement du personnel du secteur de la justice pénale. Bon nombre de ces solutions éducatives ciblent des formes cachées et intentionnelles de stigmatisation structurelle (c'est-à-dire des politiques et des pratiques qui restreignent délibérément les droits et les possibilités). Ainsi, elles n'auront qu'un impact limité sur les formes non intentionnelles ou cachées de stigmatisation structurelle [66].

Recherche

À ce jour, peu de recherches ont été menées sur le sujet de la stigmatisation structurelle liée à la maladie mentale, particulièrement au Canada. D'autres domaines, comme le VIH/sida, ont produit une approche commune et systématique de la collecte de données pour comprendre l'ampleur et la nature de la stigmatisation structurelle [64]. Par exemple, le Protocole pour l'identification de la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH est un outil créé par l'ONUSIDA pour recenser et surveiller les incidents de discrimination arbitraire à l'échelle internationale. Ce protocole est conçu pour recenser la présence de discrimination dans les textes écrits (comme les lois et les politiques) ainsi que les procédures et pratiques non écrites, et tire des données de sources multiples, notamment d'entrevues auprès de personnes vivant avec le VIH/sida. Documenter les incidents et les tendances en lien avec la stigmatisation structurelle, exposant ainsi la prévalence et le caractère pernicieux du phénomène, représente une étape nécessaire pour y remédier.

Une poignée d'outils sont disponibles pour évaluer les protections des droits de la personne dans la législation pour les personnes ayant une maladie mentale. Par exemple, en 2011, un outil d'évaluation appelé « Instrument d'évaluation en matière de santé mentale et de droits de la personne » (« instrument d'évaluation ») a été créé par une équipe de recherche qui a bénéficié d'un financement de la CSMC [105]. L'instrument d'évaluation a été conçu pour déterminer si les lois, les politiques et les normes existantes en matière de santé mentale au Canada sont conformes aux principes de la Convention relative aux droits des personnes handicapées de l'Organisation des Nations Unies et respectent les droits fondamentaux de la personne. Bien que l'instrument d'évaluation doive être peaufiné, il constitue une base utile pour lancer un programme de recherche visant à mieux comprendre la stigmatisation structurelle liée à la maladie mentale au Canada. Une telle recherche est conforme à l'obligation du Canada de mesurer son niveau de conformité à la Convention relative aux droits des personnes handicapées.

Une fois documentée par une recherche rigoureuse, l'exclusion systématique des personnes ayant une maladie mentale par nos systèmes institutionnels ne peut plus être ignorée ou présentée comme un événement rare. La documentation des incidents de stigmatisation structurelle par le biais de la recherche présente plusieurs avantages, notamment la capacité de surveiller les changements dans le temps (p. ex. avant et après une initiative de lutte contre la stigmatisation), de comparer différentes administrations (p. ex. provinces, pays) et de cerner les domaines d'action prioritaires [64]. De telles données peuvent fournir aux défenseurs de la santé mentale et des droits de la personne des renseignements précis et à jour afin qu'ils puissent prioriser leurs propres efforts de mobilisation pour le changement [54, 56, 106].

En plus d'étudier la prévalence et l'incidence de la stigmatisation structurelle liée à la maladie mentale au Canada, la recherche devrait également examiner dans quelle mesure le public appuie les politiques et les pratiques qui restreignent les droits et les possibilités des personnes ayant une maladie mentale. Une telle information permettrait de savoir dans quel secteur affecter stratégiquement les ressources pour soutenir les activités d'éducation, de défense des droits et de lobbying. Les chercheurs devraient également étudier la relation entre la stigmatisation structurelle et les résultats sanitaires et sociaux pour les personnes ayant une maladie mentale [204], une question importante pour comprendre l'importance de cette question pour la santé publique. Des chercheurs américains ont constaté que la réduction de la stigmatisation structurelle liée à l'orientation sexuelle (c'est-à-dire la législation qui autorise ou interdit le mariage homosexuel) semble avoir exercé un effet positif sur la santé mentale de la population [205]. Une meilleure compréhension de l'impact de la réduction de la stigmatisation

structurelle sur la santé et le bien-être des personnes ayant une maladie mentale serait une avenue prometteuse pour de futures recherches.

Bien que les approches de recherche traditionnelles conviennent à l'examen de certains sujets de recherche, une approche de recherche participative communautaire devrait être privilégiée dans tout programme de recherche axé sur l'étude et le traitement de la stigmatisation structurelle. Comme le font remarquer Corrigan et ses collègues [112] : « La stigmatisation prive les gens des possibilités qui leur reviennent de droit. Par conséquent, ces personnes doivent être présentes à la table de recherche lorsque les enquêteurs entreprennent de comprendre la stigmatisation et son changement. » La recherche qui engage activement les personnes ayant une maladie mentale dans le processus de production de connaissances peut atteindre de nombreux objectifs liés à la lutte contre la stigmatisation, comme favoriser l'autonomisation, mobiliser la justice sociale, soutenir l'inclusion sociale et décentraliser le pouvoir [206]. Elle crée également un forum supplémentaire qui peut être utilisé par les personnes ayant une maladie mentale pour comprendre et résoudre les problèmes qui affectent leur vie quotidienne.

Conclusion

« Il est indéniable que, dans notre société, les malades mentaux ont de tout temps souffert de désavantages et de stéréotypes négatifs et que, de façon générale, ils sont victimes de préjugés. »

Juge en chef Lamer de la Cour suprême du Canada

R c. Swain [1991]

La stigmatisation structurelle est une question de justice sociale, de citoyenneté, de droits de la personne, d'éthique et de santé publique. Étant donné l'ampleur du problème, son élimination semble inimaginable. Cependant, il y a de bonnes raisons de rester optimiste quant à la perspective de créer une société inclusive, équitable et juste dans laquelle les personnes ayant une maladie mentale ne sont pas soumises à des restrictions arbitraires de leurs droits et possibilités. Un certain nombre de réformes législatives majeures ont été mises en œuvre au Royaume-Uni et aux États-Unis afin d'améliorer les protections et le soutien offerts aux personnes ayant une maladie mentale, notamment en leur donnant un plus grand contrôle sur les décisions de traitement, en augmentant le financement de la recherche en santé mentale, et en soutenant les personnes qui retournent sur le marché du travail [116, 52].

L'État de la Californie a récemment commencé à mettre en œuvre une stratégie globale de 10 ans en matière de santé mentale axée, en partie, sur l'élimination de la stigmatisation structurelle ancrée dans la législation fédérale et étatique [95, 196]. Voici quelques-unes des activités qui seront entreprises pour atteindre cet objectif :

- élaborer et diffuser des fiches d'information éducatives sur les lois et les règlements fédéraux et étatiques applicables protégeant les personnes ayant une maladie mentale dans différents contextes, comme les écoles, le logement, la tutelle, l'emploi et les soins de santé;
- former des groupes locaux chargés d'élaborer et de mettre en œuvre des stratégies visant à promouvoir le respect et l'application des lois et des règlements anti-discrimination en vigueur;
- organiser des réunions régulières avec les organismes gouvernementaux et à but non lucratif chargés de faire respecter les droits civils afin de garantir la protection des personnes ayant une maladie mentale;
- former le personnel des systèmes institutionnels (p. ex. enseignement supérieur, prisons, établissements de santé) pour assurer la compréhension et la mise en œuvre appropriées des protections existantes;
- former les responsables juridiques, comme les avocats, à reconnaître et à sanctionner la discrimination liée à la maladie mentale;
- faciliter la préparation d'avis juridiques sur les domaines de discrimination rencontrés par les personnes ayant une maladie mentale;
- mettre en place un comité à l'échelle de l'État composé d'experts juridiques et de membres de diverses communautés, chargé d'examiner les lois et les règlements existants pour y déceler les dispositions discriminatoires et les lacunes, et de recommander des stratégies correctives.

À première vue, ce programme intègre bon nombre des mécanismes recommandés pour démanteler la stigmatisation structurelle, comme l'utilisation d'une combinaison d'approches (comme l'action

juridique, la sensibilisation, l'éducation et la réforme des soins de santé) et le développement de collaborations multisectorielles et transdisciplinaires. Le plan d'évaluation qui complète cette initiative de lutte contre la stigmatisation permet de générer de nouvelles connaissances sur l'efficacité relative de ces stratégies pour éradiquer la stigmatisation structurelle liée à la maladie mentale.

Pour réduire la stigmatisation structurelle, il faudra apporter de grands et de petits changements à nos systèmes institutionnels, comme l'a élégamment exprimé Sayce [52] : « En un sens, nous sommes tous responsables, par des moyens démocratiques et nos propres actions, de la création d'une société qui ne pratique pas de discrimination pour des raisons de santé mentale. » À petite échelle, un employeur peut peut-être être convaincu de l'intérêt d'offrir à un employé des mesures d'adaptation qui lui permettront de réussir dans son milieu de travail, ou peut-être qu'un fournisseur de services de santé mentale se rendra compte des avantages qu'il y a à mobiliser de manière significative les personnes ayant une maladie mentale dans le processus de planification du traitement. À grande échelle, les services de santé mentale seront peut-être financés à un niveau suffisant pour que les personnes ayant une maladie mentale aient accès à une gamme, à une qualité et à une norme appropriées de soins, ou encore, les personnes ayant une maladie mentale pourront peut-être trouver un logement abordable et décent dans des quartiers socialement intégrés. Il vaut la peine d'imaginer un monde sans stigmatisation structurelle, mais pour en faire une réalité, il faudra du temps, de la détermination et une légion de partisans.

Références

1. Commission de la santé mentale du Canada (2012). *Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*. Auteur. http://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHStrategy_Strategy_FRE_1.pdf. Consulté le 20 juin 2012.
2. Colombie-Britannique (2010). *Health Minds, Healthy People: A Ten-Year Plan to address Mental Health and Substance Use in British Columbia*. http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2010/healthy_minds_healthy_people.pdf. Archivé à l'adresse <http://www.webcitation.org/5xwX7vNZm> le 15 avril 2011.
3. Ontario (2011). *Esprit ouvert, esprit sain : Stratégie ontarienne globale de santé mentale et de lutte contre les dépendances*. https://www.health.gov.on.ca/fr/common/ministry/publications/reports/mental_health2011/mentalhealth_rep2011.pdf Consulté le 25 juillet 2013.
4. Nouvelle-Écosse (2012). *Together we can: The plan to improve mental health and addictions care for Nova Scotians*. http://www.gov.ns.ca/health/mhs/reports/together_we_can.pdf. Consulté le 25 juillet 2013.
5. Kelly, B.D. (2005). *Structural violence and schizophrenia*. *Social Science & Medicine* 61 (3):721-730. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.12.020>.
6. Herek, G.M., Capitanio, J.P., Widaman, K.F. (2003). *Stigma, social risk, and health policy: public attitudes toward HIV surveillance policies and the social construction of illness*. *Health Psychology* 22 (5):533-540. [doi:10.1037/0278-6133.22.5.533](https://doi.org/10.1037/0278-6133.22.5.533).
7. Hinshaw, S.P., Cicchetti, D. (2000). *Stigma and mental disorder: Conceptions of illness, public attitudes, personal disclosure, and social policy*. *Development and Psychopathology* 12:555-598. [doi:10.1017/S0954579400004028](https://doi.org/10.1017/S0954579400004028).
8. Weiss, M.G., Ramakrishna, J., Somma, D. (2006). *Health-related stigma: Rethinking concepts and interventions*. *Psychology, Health and Medicine* 11 (3):277-287. [doi:10.1080/13548500600595053](https://doi.org/10.1080/13548500600595053).
9. Blumer, H. (1971), *Social problems as collective behavior*. *Social Problems* 18 (3):298-306. <https://doi.org/10.2307/799797>.
10. Becker, H.S. (1973). *Outsiders: Studies in the sociology of deviance*. Free Press, New York.
11. Herek, G.M. (2007). *Confronting sexual stigma and prejudice: Theory and practice*. *Journal of Social Issues* 63 (4):905-925. [doi:10.1111/j.1540-4560.2007.00544.x](https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2007.00544.x).
12. Davis, N.J. (1972). *Labeling theory in deviance research: A critique and reconsideration*. *Sociological Quarterly* 13 (4):447-474. [doi:10.1111/j.1533-8525.1972.tb00828.x](https://doi.org/10.1111/j.1533-8525.1972.tb00828.x).
13. Lemert, E. (1979). *Primary and secondary deviation*. Dans : Kelly, D.H. (éd.). *Deviant behavior: Readings in the sociology of deviance*. St. Martin's Press, New York.
14. Parker, R., Aggleton, P. (2003). *HIV and AIDS-related stigma and discrimination: A conceptual framework and implications for action*. *Social Science & Medicine* 57 (1):13-24. [doi:10.1016/S0277-9536\(02\)00304-0](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00304-0).
15. Herek, G.M. (2004). *Beyond "homophobia": Thinking about sexual prejudice and stigma in the twenty-first century*. *Sexuality Research & Social Policy* 1 (2):6-24. [doi:10.1525/srsp.2004.1.2.6](https://doi.org/10.1525/srsp.2004.1.2.6).

16. Acevedo-Garcia D., Rosenfeld, L.E., Hardy, E., McArdle, N., Osypuk, T.L. (2013). *Future directions in research on institutional and interpersonal discrimination and children's health. American Journal Of Public Health.* [doi:10.2105/AJPH.2012.300986](https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300986).
17. Eaton, W.W. (1980). *The sociology of mental disorders*. Praeger, New York.
18. Sibitz, I., Unger, A., Woppmann, A., Zidek, T., Amering, M. (2009). *Stigma resistance in patients with schizophrenia. Schizophrenia Bulletin.* [doi:10.1093/schbul/sbp048](https://doi.org/10.1093/schbul/sbp048).
19. Thoits, P.A. (2011). *Resisting the stigma of mental illness. Social Psychology Quarterly* 74 (1):6-28. [doi:10.1177/0190272511398019](https://doi.org/10.1177/0190272511398019).
20. Erikson, K.T. (1962). *Notes on the sociology of deviance. Social Problems* 9 (4):307-314. [doi:10.2307/798544](https://doi.org/10.2307/798544).
21. Kitsuse, J.I. (1968). *Societal reaction to deviant behavior: Problems of theory and method.* Dans : Spitzer, S.P., Denzin, N.K. (éd.). *The mental patient: Studies in the sociology of deviance*. McGraw-Hill, Toronto.
22. Lemert, E. (1951). *Social pathology*. McGraw-Hill, New York.
23. Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity* », Prentice-Hall, Englewood Cliffs, New Jersey.
24. Scheff, T.J. (1966). *Being mentally ill: A sociological theory*. Aldine, Chicago.
25. Link, B., Phelan, J.C. (2001). *Conceptualizing stigma. Annual Review of Sociology* 27:363-385. [doi:10.1146/annurev.soc.27.1.363](https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363).
26. Deacon, H. (2006). *Towards a sustainable theory of health-related stigma: Lessons from the HIV/AIDS literature. Journal of Community & Applied Social Psychology* 16:418-425. [doi:10.1002/casp.900](https://doi.org/10.1002/casp.900).
27. Sayce, L. (1998). *Stigma, discrimination and social exclusion: What's in a word? Journal of Mental Health* 7 (4):331-343. [doi:10.1080/09638239817932](https://doi.org/10.1080/09638239817932).
28. Holley, L.C., Stromwall, L.K., Bashor, K.E. (2012). *Reconceptualizing stigma: Toward a critical anti-oppression paradigm. Stigma Research & Action* 2 (2):51-61. doi:10.5463/SRA.v1i1.9.
29. Pincus, F.L. (1996). *Discrimination comes in many forms: Individual, institutional, and structural. American Behavioral Scientist* 40 (2):186-194. [doi:10.1177/0002764296040002009](https://doi.org/10.1177/0002764296040002009).
30. Jones, J.M. (1997). *Prejudice and racism*. McGraw-Hill, New York.
31. Ickovics, J.R., White, K., Stasko, E., Toorjo, G. (2007). *HIV-related stigma and discrimination in Asia: A review of human development consequences.* Centre de services régional du PNUD à Colombo, New Haven, Connecticut.
32. Pescosolido, B.A., Martin, J.K., Lang, A., Olafsdottir, S. (2008). *Rethinking theoretical approaches to stigma: A Framework Integrating Normative Influences on Stigma (FINIS). Social Science & Medicine* 67 (3):431-440. [doi:10.1016/j.socscimed.2008.03.018](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.018).
33. Corrigan, P., Kerr, A., Knudsen, L. (2005). *The stigma of mental illness: Explanatory models and methods for change. Appl Prev Psychol* 11 (3):179-190. [doi:10.1016/j.appsy.2005.07.001](https://doi.org/10.1016/j.appsy.2005.07.001).
34. Hatzenbuehler, M.L., Phelan, J.C., Link, B.G. (2013). *Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. American Journal of Public Health* 103 (5):813-821. [doi:10.2105/AJPH.2012.301069](https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301069).

35. Livingston, J.D., Boyd, J.E. (2010). *Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis*. *Social Science & Medicine* 71 (12):2150-2161. [doi:10.1016/j.socscimed.2010.09.030](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.030).
36. Courtwright, A.M. (2009). *Justice, stigma, and the new epidemiology of health disparities*. *Bioethics* 23 (2):90-96. [doi:10.1111/j.1467-8519.2008.00717.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2008.00717.x).
37. Link, B. (2001). *Stigma: Many mechanisms require multifaceted responses*. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 10 (1) :8-11. [doi:10.1017/S1121189X00008484](https://doi.org/10.1017/S1121189X00008484).
38. Courtwright, A. (2013). *Stigmatization and public health ethics*. *Bioethics* 27 (2):74-80. [doi:10.1111/j.1467-8519.2011.01904.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2011.01904.x).
39. Henkel, K.E., Dovidio, J.F., Gaertner, S.L. (2006). *Institutional discrimination, individual racism, and Hurricane Katrina*. *Analyses of Social Issues and Public Policy* 6 (1):99-124. [doi:10.1111/j.1530-2415.2006.00106.x](https://doi.org/10.1111/j.1530-2415.2006.00106.x).
40. Teney, C., Subramanian, S.V. (2010). *Attitudes toward homosexuals among youth in multiethnic Brussels*. *Cross-Cultural Research* 44 (2):151-173. [doi:10.1177/1069397109357136](https://doi.org/10.1177/1069397109357136).
41. Crocker, J., Major, B., Steele, C. (1998). *Social stigma*. Dans : Gilbert, D., Fiske, S.T., Lindzey, G. (éd.). *The handbook of social psychology*, vol. 2, 4^e éd. McGraw Hill, New York, p. 504-553.
42. Suto, M., Livingston, J.D., Hole, R., Lapsley, S., Hinshaw, S.P., Hale, S., Michalak, E. (2012). *Stigma shrinks my bubble: A qualitative study of understandings and experiences of stigma and bipolar disorder*. *Stigma Research & Action* 2 (2):85-92. [doi:10.5463/SRA.v1i1.14](https://doi.org/10.5463/SRA.v1i1.14).
43. Stuber, J., Meyer, I., Link, B. (2008). *Stigma, prejudice, discrimination and health*. *Social Science & Medicine* 67 (3):351-357. [doi:10.1016/j.socscimed.2008.03.023](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.023).
44. R. c. Gladue (1999). 1 RCS 688.
45. van Olphen, J., Eliason, M.J., Freudenberg, N., Barnes, M. (2009). *Nowhere to go: How stigma limits the options of female drug users after release from jail*. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 4 (1). [doi:10.1186/1747-597X-4-10](https://doi.org/10.1186/1747-597X-4-10).
46. Smye, V., Browne, A.J., Varcoe, C., Josewski, V. (2011). *Harm reduction, methadone maintenance treatment and the root causes of health and social inequities: An intersectional lens in the Canadian context*. *Reduction Journal*, vol. 8, art. 17 (2011), p. 1-17. [doi:10.1186/1477-7517-8-17](https://doi.org/10.1186/1477-7517-8-17).
47. Link, B., Castille, D.M., Stuber, J. (2008). *Stigma and coercion in the context of outpatient treatment for people with mental illnesses*. *Social Science & Medicine* 67 (3):409-419. [doi:doi:10.1016/j.socscimed.2008.03.015](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.015).
48. Corrigan, P.W., Thompson, V., Lambert, D., Sangster, Y., Noel, J.G., Campbell, J. (2003). *Perceptions of discrimination among persons with serious mental illness*. *Psychiatric Services* 54 (8):1105-1110.
49. Collins, P.Y., von Unger, H., Armbrister, A. (2008). *Church ladies, good girls, and locas: stigma and the intersection of gender, ethnicity, mental illness, and sexuality in relation to HIV risk*. *Social Science & Medicine* 67 (3):389-397. [doi:10.1016/j.socscimed.2008.03.013](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.013).
50. Campbell, C., Deacon, H. (2006). *Unravelling the contexts of stigma: From internalisation to resistance to change*. *Journal of Community & Applied Social Psychology* 16:411-417. [doi:10.1002/casp.901](https://doi.org/10.1002/casp.901).

51. Barnes, C. (1992). *Institutional discrimination against disabled people and the campaign for anti-discrimination legislation*. *Critical Social Policy* 12 (34):5-22. [doi:10.1177/026101839201203401](https://doi.org/10.1177/026101839201203401).
52. Sayce, L. (2000). *From psychiatric patient to citizen: Overcoming discrimination and social exclusion*. St. Martin's Press, New York.
53. Corrigan, P.W., Kerr, A., Knudsen, L. (2005). *The stigma of mental illness: Explanatory models and methods for change*. *Appl Prev Psychol* 11 (3):179-190. [doi:10.1016/j.appsy.2005.07.001](https://doi.org/10.1016/j.appsy.2005.07.001).
54. Corrigan, P., Watson, A., Heyrman, M., Warpinski, A., Gracia, G., Slopen, N., Hall, L. (2005). *Structural stigma in state legislation*. *Psychiatric Services* 56 (5):557-563. [doi:10.1176/appi.ps.56.5.557](https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.5.557).
55. Herek, G.M., Gillis, J.R., Cogan, J.C. (2009). *Internalized stigma among sexual minority adults: Insights from a social psychological perspective*. *Journal of Counseling Psychology* 56 (1):32-43.
56. Stuart, H., Arboleda-Florez, J., Satorius, N. (2012). *Paradigms lost: Fighting stigma and the lessons learned*. Oxford University Press, Toronto.
57. Link, B., Phelan, J. (2006). *Stigma and its public health implications*. *Lancet* 367 (9509):528-529. [doi:10.1016/S0140-6736\(06\)68184-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68184-1).
58. McCrudden, C. (1982). *Institutional discrimination*. *Oxford Journal of Legal Studies* 2 (3):303-367. [doi:10.1093/ojls/2.3.303](https://doi.org/10.1093/ojls/2.3.303).
59. ONUSIDA (2000). *Protocole pour l'identification de la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH*. Genève, Suisse.
60. Beck, M., Dietrich, S., Matschinger, H., Angermeyer, M.C. (2003). *Alcoholism: Low standing with the public? Attitudes towards spending financial resources on medical care and research on alcoholism*. *Alcohol and Alcoholism* 38 (6):602-605. [doi:10.1093/alcalc/agg120](https://doi.org/10.1093/alcalc/agg120).
61. Fischer, R., Hanke, K., Sibley, C.G. (2012). *Cultural and institutional determinants of social dominance orientation: A cross-cultural meta-analysis of 27 societies*. *Political Psychology* 33 (4):437-467. [doi:10.1111/j.1467-9221.2012.00884.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-9221.2012.00884.x).
62. Corrigan, P., Markowitz, F., Watson, A. (2004). *Structural levels of mental illness stigma and discrimination*. *Schizophrenia Bulletin* 30 (3):481-491. [doi:10.1093/oxfordjournals.schbul.a007096](https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007096).
63. Hill, R.B. (1989). *Economic forces, structural discrimination and black family instability*. *Review of Black Political Economy* 17 (3):5-23. [doi:10.1007/BF02901099](https://doi.org/10.1007/BF02901099).
64. Chan, K.Y., Reidpath, D.D. (2005). *Methodological considerations in the measurement of institutional and structural forms of HIV discrimination*. *AIDS Care* 17 (Suppl. 2) :S205-S213. [doi:10.1080/09540120500120211](https://doi.org/10.1080/09540120500120211).
65. Blodorn, A., O'Brien, L.T., Kordys, J. (2012). *Responding to sex-based discrimination: Gender differences in perceived discrimination and implications for legal decision making*. *Group Processes Intergroup Relations* 15 (3):409-424. [doi:10.1177/1368430211427172](https://doi.org/10.1177/1368430211427172).
66. Corrigan, P.W., Lam, C. (2007). *Challenging the structural discrimination of psychiatric disabilities: Lessons learned from the American Disability Committee*. *Rehabilitation Education* 21 (1):53-58. [doi:10.1891/088970107805059869](https://doi.org/10.1891/088970107805059869).

67. Yang, L.H., Kleinman, A., Link, B.G., Phelan, J.C., Lee, S., Good, B. (2007). *Culture and stigma: Adding moral experience to stigma theory. Social Science & Medicine* 64 (7):1524-1535. [doi:10.1016/j.socscimed.2006.11.013](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.11.013).
68. Schomerus, G., Matschinger, H., Angermeyer, M.C. (2007). *Familiarity with mental illness and approval of structural discrimination against psychiatric patients in Germany. Journal of Nervous and Mental Disease* 195 (1):89-92. [doi:10.1097/01.nmd.0000252314.45371.92](https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000252314.45371.92).
69. Herek, G.M. (2011). *Anti-equality marriage amendments and sexual stigma. Journal of Social Issues* 67 (2):413-426. [doi:10.1111/j.1540-4560.2011.01705.x](https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2011.01705.x).
70. Sparks v. Vancouver Coastal Health Authority and Vancouver Police Department (2006). BCHRT 575. [Traduction]
71. Centre universitaire de santé McGill (Hôpital général de Montréal) c. Syndicat des employés de l'Hôpital général de Montréal (2007). 1 RCS 161.
72. Hinshaw, S.P., Stier, A. (2008). *Stigma as related to mental disorders. Annual Review of Clinical Psychology* 4 (1):367-393. [doi:10.1146/annurev.clinpsy.4.022007.141245](https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.4.022007.141245).
73. Dubois-Arber, F., Haour-Knipe, M., Discrimination work group (2001). *HIV/AIDS institutional discrimination in Switzerland. Social Science & Medicine* 52 (10):1525-1535. [doi:10.1016/S0277-9536\(00\)00266-5](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00266-5).
74. Sringernyung, L., Thaweesit, S., Nakapiew, S. (2005). *A situational analysis of HIV/AIDS-related discrimination in Bangkok, Thailand. AIDS Care* 17 (Suppl. 2) :S165-S174. [doi:10.1080/09540120500120161](https://doi.org/10.1080/09540120500120161).
75. Lee, S., Chiu, M.Y., Tsang, A., Chui, H., Kleinman, A. (2006). *Stigmatizing experience and structural discrimination associated with the treatment of schizophrenia in Hong Kong. Social Science & Medicine* 62 (7):1685-1696. [doi: 10.1016/j.socscimed.2005.08.016](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.08.016).
76. Kaiser, H.A. (2013). *Law and psychiatry in the age of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD)*. Dans : Bloom, H., Schneider, R.D. (éd.). *Law and mental disorder: A comprehensive and practical approach*. Irwin Law, Toronto.
77. Sayce, L. (2003). *Beyond good intentions. Making anti-discrimination strategies work. Disability & Society* 18 (5):625-642. [doi:10.1080/0968759032000097852](https://doi.org/10.1080/0968759032000097852).
78. Lauber, C., Nordt, C., Sartorius, N., Falcato, L., Rossler, W. (2000). *Public acceptance of restrictions on mentally ill people. Acta Psychiatrica Scandinavica* 102 (s407):26-32. [doi:10.1034/j.1600-0447.2000.00005.x](https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.00005.x).
79. Corrigan, P., Markowitz, F., Watson, A., Rowan, D., Kubiak, M. (2003). *An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. Journal of Health and Social Behavior* 44 (2):162-179. [doi:10.2307/1519806](https://doi.org/10.2307/1519806).
80. Schomerus, G., Matschinger, H., Angermeyer, M.C. (2006), *Preferences of the public regarding cutbacks in expenditure for patient care: Are there indications of discrimination against those with mental disorders? Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 41 (5):369-377. [doi:10.1007/s00127-005-0029-8](https://doi.org/10.1007/s00127-005-0029-8).
81. Thompson, A.H., Stuart, H., Bland, R.C., Arboleda-Florez, J., Warner, R., Dickson, R.A., Sartorius, N., Lopez-Ibor, J.J., Stefanis, C.N., Wig, N.N. (2002). *Attitudes about schizophrenia from the pilot site of the WPA worldwide campaign against the stigma of schizophrenia. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 37 (10):475-482. [doi:10.1007/s00127-002-0583-2](https://doi.org/10.1007/s00127-002-0583-2).

82. Sharac, J., McCrone, P., Clement, S., Thornicroft, G. (2010). *The economic impact of mental health stigma and discrimination: a systematic review*. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 19 (3) :223-232. [doi:10.1017/S1121189X00001159](https://doi.org/10.1017/S1121189X00001159).
83. Yang, Y., Zhang, K.L., Chan, K.Y., Reidpath, D.D. (2005). *Institutional and structural forms of HIV-related discrimination in health care: A study set in Beijing*. *AIDS Care* 17 (Suppl. 2) :S129-S140. [doi:10.1080/09540120500119874](https://doi.org/10.1080/09540120500119874).
84. Hinshaw, S.P. (2007). *The mark of shame: Stigma of mental illness and an agenda for change*. Oxford University Press, New York.
85. Hemmens, C., Miller, M., Burton, .V.S, Jr., Milner, S. (2002). *The consequences of official labels: An examination of the rights lost by the mentally ill and mentally incompetent ten years later*. *Community Mental Health Journal* 38 (2):129-140.
86. Angermeyer, M.C., Schulze, B., Dietrich, S. (2003), *Courtesy stigma: A focus group study of relatives of schizophrenia patients*. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 38 (10):593-602.
87. Stuart, H., Milev, R., Koller, M. (2005). *The Inventory of Stigmatizing Experiences: Its developments and reliability*. *World Psychiatry* 4 (S1):33-37.
88. Angermeyer, M.C., Matschinger, H. (2004). *The stereotype of schizophrenia and its impact on discrimination against people with schizophrenia: Results from a representative survey in Germany*. *Schizophrenia Bulletin* 30 (4):1049-1061. [doi:10.1093/oxfordjournals.schbul.a007120](https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007120).
89. Cechnicki, A., Angermeyer, M.C., Bielańska, A. (2011). *Anticipated and experienced stigma among people with schizophrenia: Its nature and correlates*. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 46 (7):643-650. [doi:10.1007/s00127-010-0230-2](https://doi.org/10.1007/s00127-010-0230-2).
90. Schulze, B., Angermeyer, M.C. (2003). *Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals*. *Social Science & Medicine* 56 (2):299-312. [doi:10.1016/S0277-9536\(02\)00028-X](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00028-X).
91. Muhlbauer, S. (2002). *Experience of stigma by families with mentally ill members*. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association* 8 (3):76-83. [doi:10.1067/mpn.2002.125222](https://doi.org/10.1067/mpn.2002.125222).
92. Harris, J., McElrath, K. (2012). *Methadone as social control: Institutionalized stigma and the prospect of recovery*. *Qualitative Health Research* 22 (6):810-824. [doi:10.1177/1049732311432718](https://doi.org/10.1177/1049732311432718).
93. Hunt, P., Judith, M. (2006). *Mental disabilities and the human right to the highest attainable standard of health*. *Human Rights Quarterly* 28 (2):332-356. [doi:10.1353/hrq.2006.0019](https://doi.org/10.1353/hrq.2006.0019).
94. Schomerus, G., Angermeyer, M.C. (2008). *Stigma and its impact on help-seeking for mental disorders: What do we know?* *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 17 (1):31-37. [doi:10.1017/S1121189X00002669](https://doi.org/10.1017/S1121189X00002669).
95. California Department of Mental Health (2009). *California strategic plan on reducing mental health stigma and discrimination*. http://calmhhsa.org/wp-content/uploads/2011/11/CDMH_MH_Stigma_Plan_09_V5.pdf . Consulté le 1^{er} juin 2013.
96. Heflinger, C.A., Hinshaw, S.P. (2010). *Stigma in child and adolescent mental health services research: Understanding professional and institutional stigmatization of youth with mental health problems and their families*. *Administration and Policy in Mental Health* 37 (1-2):61-70. [doi:10.1007/s10488-010-0294-z](https://doi.org/10.1007/s10488-010-0294-z).

97. Angermeyer, M.C., Schulze, B. (2001). *Reducing the stigma of schizophrenia: Understanding the process and options for interventions*. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 10 (1) :1-5. [doi:10.1017/S1121189X00008472](https://doi.org/10.1017/S1121189X00008472).
98. Gibbs v. Battlefords and Dist. Co-operative Ltd. (1996). CHRRD, vol. 27. SCC.
99. Kelly, B.D. (2006). *The power gap: freedom, power and mental illness*. *Social Science & Medicine* 63 (8):2118-2128. [doi:10.1016/j.socscimed.2006.05.015](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.05.015).
100. Lam, R.W., el-Guebaly, N. (1994). *Research funding of psychiatric disorders in Canada: A snapshot, 1990-1991*. *Canadian Journal of Psychiatry* 39 (3):141-146.
101. Pincus, H.A., Fine, T. (1992). *The 'anatomy' of research funding of mental illness and addictive disorders*. *Archives of General Psychiatry* 49 (7):573-579. [doi:10.1001/archpsyc.1992.01820070067010](https://doi.org/10.1001/archpsyc.1992.01820070067010).
102. Barchas, J.D., Elliott, G.R., Berger, P.A., Barchas, P.R., Solomon, F. (1985). *The ultimate stigma: Inadequate funding for research on mental illness and addictive disorders*. *American Journal of Psychiatry* 142 (7):838-839.
103. Aoun, S., Pennebaker, D., Pascal, R. (2004). *To what extent is health and medical research funding associated with the burden of disease in Australia? Australian and New Zealand Journal of Public Health* 28 (1):80-86. [doi:10.1111/j.1467-842X.2004.tb00637.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-842X.2004.tb00637.x).
104. Christensen, H., Batterham, P.J., Hickie, I.B., McGorry, P.D., Mitchell, P.B., Kulkarni, J. (2011). *Funding for mental health research: The gap remains*. *Medical Journal of Australia* 195 (11-12):681-644. [doi:10.5694/mja10.11415](https://doi.org/10.5694/mja10.11415).
105. Chammartin, N., Ogaranko, C., Froese, B. (2011). *Equality, dignity and inclusion: Égalité, dignité et inclusion : mesures législatives qui améliorent les droits des personnes atteintes de maladie mentale*. <https://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/media/3215>.
106. Kaiser, H.A. (2009). *Canadian mental health law: The slow process of redirecting the ship of state*. *Health Law Journal* 17:139-194.
107. Wildeman, S. (2013). *Protecting rights and building capacities: Challenges to global mental health policy in light of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. *Journal of Law, Medicine & Ethics* 41 (1):48-73. [doi:10.1111/jlme.12005](https://doi.org/10.1111/jlme.12005).
108. Campbell, T.D. (1994). *Mental-health law - Institutionalized discrimination*. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 28 (4):554-559. [doi:10.3109/00048679409080778](https://doi.org/10.3109/00048679409080778).
109. Livingston, J.D., Rossiter, K.R. (2011). *Stigma as perceived and experienced by people with mental illness who receive compulsory community treatment: A qualitative study*. *Stigma Research & Action* 1 (2):1-8. <https://dx.doi.org/10.5463/sra.v1i2.27>.
110. Swartz, M.S., Swanson, J.W., Hannon, M.J. (2003). *Does fear of coercion keep people away from mental health treatment? Evidence from a survey of persons with schizophrenia and mental health professionals*. *Behavioral Sciences and the Law* 21 (4):459-472. [doi:10.1002/bsl.539](https://doi.org/10.1002/bsl.539).
111. Dew, K., Morgan, S., Dowell, A., McLeod, D., Bushnell, J., Collings, S. (2007). *'It puts things out of your control': Fear of consequences as a barrier to patient disclosure of mental health issues to general practitioners*. *Social Health Ill* 29 (7):1059-1074. [doi:10.1111/j.1467-9566.2007.01022.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2007.01022.x).
112. Corrigan, P.W., Roe, D., Tsang, H.W. (2011). *Challenging the stigma of mental illness: Lessons for therapists and advocates*. John Wiley & Sons, Malden, M.A.,

113. Malachowski, C., Kirsh, B. (2013). *Workplace antistigma initiatives: A scoping study*. *Psychiatric Services* 64 (7):694-702. [doi:10.1176/appi.ps.201200409](https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200409).
114. Stuart, H. (2006). *Mental illness and employment discrimination*. *Current Opinion in Psychiatry* 19 (5):522-526. [doi:10.1097/01.yco.0000238482.27270.5d](https://doi.org/10.1097/01.yco.0000238482.27270.5d).
115. Stuart, H. (2007). *Employment equity and mental disability*. *Current Opinion in Psychiatry* 20 (486-490). [doi:10.1097/YCO.0b013e32826fb356](https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32826fb356).
116. Corrigan, P.W., Roe, D., Tsang, H.W.H. (2011). *Addressing structural stigma*. Dans : Corrigan, P.W., Roe, D., Tsang, H.W.H. (éd.). *Challenging the stigma of mental illness: Lessons for therapists and advocates*. Wiley-Blackwell, Malden, M.A., Chichester, West Sussex, Royaume-Uni.
117. Thompson v. Selective Personnel (2009). Vol. 1224. Tribunal des droits de la personne de l'Ontario.
118. *Gichuru v. Law Society of British Columbia* (2011). BCHRT 185.
119. Bhui, K., Shanahan, L., Harding, G. (2006). *Homelessness and mental illness: A literature review and a qualitative study of perceptions of the adequacy of care*. *International Journal of Social Psychiatry* 52 (2):152-165. [doi:10.1177/0020764006062096](https://doi.org/10.1177/0020764006062096).
120. *Tanner v. Vlaka* (2003). Vol. 36. BCHRT 185.
121. Schneider, B., Ali, J., Arney, L., Benson, G., Calderbank, C., Misureli, M., Mitchell, M. (2008). *Housing for people living with schizophrenia: Dilemmas of care and control*. <http://callhome.ucalgary.ca/downloads/dilemmas.pdf>. Consulté le 15 février 2009.
122. Schneider, B. (2009). *Housing people with mental illnesses: The discursive construction of worthiness*. *Housing, Theory and Society* 27 (4):296-312. [doi:10.1080/14036090903160059](https://doi.org/10.1080/14036090903160059).
123. Piat, M. (2000). *The NIMBY phenomenon: Community residents' concerns about housing for deinstitutionalized people*. *Health & Social Work* 25 (2):127-138. [doi:10.1093/hsw/25.2.127](https://doi.org/10.1093/hsw/25.2.127).
124. Melnychuk, R.M., Verdun-Jones, S.N., Brink, J. (2009). *Geographic risk management: A spatial study of mentally disordered offenders discharged from forensic psychiatric care*. *International Journal of Forensic Mental Health* 8 (3):148-168. [doi:10.1080/14999010903358755](https://doi.org/10.1080/14999010903358755).
125. Metraux, S., Caplan, J.M., Klugman, D., Hadley, T.R. (2007). *Assessing residential segregation among medicaid recipients with psychiatric disability in Philadelphia*. *Journal of Community Psychology* 35 (2):239-255. [doi:10.1002/jcop.20145](https://doi.org/10.1002/jcop.20145).
126. Byrne, T., Bettger, J., Brusilovskiy, E., Wong, Y.-L.I., Metraux, S., Salzer, M.S. (2013). *Comparing neighborhoods of adults with serious mental illness and of the general population: Research implications*. *Psychiatric Services*. [doi:10.1176/appi.ps.201200365](https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200365).
127. Callard, F., Sartorius, N., Arboleda-Florez, J., Bartlett, P., Helmchen, H., Stuart, H., Taborda, J., Thornicroft, G. (2012). *Mental illness, discrimination and the law: Fighting for social justice*. Wiley-Blackwell, West Sussex, Royaume-Uni. [doi:10.1002/9781119945352](https://doi.org/10.1002/9781119945352).
128. Leach, L.S., Butterworth, P. (2012). *The effect of early onset common mental disorders on educational attainment in Australia*. *Psychiatry Research* 199 (1):51-57. [doi:10.1016/j.psychres.2012.03.040](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.03.040).
129. Breslau, J., Lane, M., Sampson, N., Kessler, R.C. (2008). *Mental disorders and subsequent educational attainment in a US national sample*. *Journal of Psychiatry Research* 42 (9):708-716. [doi:10.1016/j.jpsychires.2008.01.016](https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2008.01.016).
130. Université de la Colombie-Britannique c. Berg (1993). Vol. 18, C.H.R.R.D./310 (S.C.C.).

131. Commission ontarienne des droits de la personne (2012). *Parce qu'on importe! Rapport de la consultation sur les droits de la personne, les troubles mentaux et les dépendances*. <http://www.ohrc.on.ca/fr/parce-qu%2%80%99-importe> . Consulté le 31 mai 2013.
132. Fazel, S., Danesh, J. (2002). *Serious mental disorder in 23,000 prisoners: A systematic review of 62 surveys*. *The Lancet* 359 (9306):545-550. [doi:10.1016/S0140-6736\(02\)07740-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)07740-1).
133. Dumont, D.M., Brockmann, B., Dickman, S., Alexander, N., Rich, J.D. (2013). *Public health and the epidemic of incarceration*. *Annual Review of Public Health* 33:325-339. [doi:10.1146/annurev-pubhealth-031811-124614](https://doi.org/10.1146/annurev-pubhealth-031811-124614).
134. Lurigio, A.J. (2011). *People with serious mental illness in the criminal justice system: Causes, consequences, and correctives*. *The Prison Journal* 91 (3):66-86. [doi:10.1177/0032885511415226](https://doi.org/10.1177/0032885511415226).
135. Brink, J., Livingston, J.D., Desmarais, S.L., Greaves, C., Maxwell, V., Parent, R., Verdun-Jones, S., Weaver, C. (2011). *Étude portant sur les perceptions des personnes atteintes de maladie mentale à l'égard de la police et sur leurs interactions avec elle*. Commission de la santé mentale du Canada. <https://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/media/3011>. Consulté le 24 juillet 2013.
136. Smith, M. (2002). *Stigma*. *Advances in Psychiatric Treatment* 8 (5):317-323. [doi:10.1192/apt.8.5.317](https://doi.org/10.1192/apt.8.5.317).
137. Lurigio, A.J., Rollins, A., Fallon, J. (2004). *The effects of serious mental illness on offender reentry*. *Federal Probation* 68 (2):45-52.
138. Skeem, J., Manchak, S., Peterson, J. (2011). *Correctional policy for offenders with mental illness: Creating a new paradigm for recidivism reduction*. *Law and Human Behavior* 35 (2):110-126. [doi:10.1007/s10979-010-9223-7](https://doi.org/10.1007/s10979-010-9223-7).
139. Black, M., Downie, J. (2010). *Watch your language: A review of the use of stigmatizing language by Canadian judges*. *Journal of Ethics in Mental Health* 5 (1):1-8.
140. Eno Loudon, J., Skeem, J.L. (2012). *How do probation officers assess and manage recidivism and violence risk for probationers with mental disorder? An experimental investigation*. *Law and Human Behavior*. [doi:10.1037/h0093991](https://doi.org/10.1037/h0093991).
141. Hansen, L.K. (2007). *Legislative discrimination against people with mental health problems*. *Psychiatric Bulletin* 31 (1):33-35. [doi:10.1192/pb.31.1.33-a](https://doi.org/10.1192/pb.31.1.33-a).
142. Bridge, S. (2011). *Canadians with mental illnesses denied U.S. entry: Data entered into national police database accessible to American authorities*. *CBC News*. <https://www.cbc.ca/news/canada/canadians-with-mental-illnesses-denied-u-s-entry-1.1034903>. Consulté le 24 mai 2013.
143. Blais, A., Massicotte, L., Yoshinaka, A. (2001). *Deciding who has the right to vote: A comparative analysis of election laws*. *Electoral Studies* 20 (1):41-62. [doi:10.1016/S0261-3794\(99\)00062-1](https://doi.org/10.1016/S0261-3794(99)00062-1).
144. Élections Canada (2004). *Les personnes handicapées et les système électoraux du Canada*. <https://www.elections.ca/content.aspx?section=res&dir=eim/issue10&document=p2&lang=f>. Consulté le 24 mai 2013.
145. FRA-European Union Agency for Fundamental Rights (2010). *Le droit à la participation politique des personnes souffrant de troubles mentaux et des personnes handicapées mentales*. https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/1619-fra-report-disabilities-2010-fr.doc. Consulté le 24 mai 2013.

146. Maxwell, V. (2013). *Mental health parity or parody? Discrimination at its not so funniest. Crazy for life: Escapades of a bipolar princess. Psychology Today.*
147. Hanes, R. (sans date). « Pas un seul et c'est déjà trop » : Exploration historique des Lois canadiennes sur l'immigration appliquées aux personnes handicapées. <http://www.ccdonline.ca/fr/socialpolicy/access-inclusion/none-still-too-many>. Consulté le 23 mai 2013.
148. Fairclough, N. (1995). *Media discourse*. Arnold, London.
149. Bunis, W.K., Yancik, A., Snow, D. (1996). *The cultural patterning of sympathy toward the homeless and other victims of misfortune. Social Problems* 43 (4):387-401. <https://doi.org/10.2307/3096951>.
150. Corrigan, P., Watson, A., Gracia, G., Slopen, N., Rasinski, K., Hall, L. (2005). *Newspaper stories as measures of structural stigma. Psychiatric Services* 56 (5):551-556. [doi:10.1176/appi.ps.56.5.551](https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.5.551).
151. Holstein, J., Miller, G. (1997). *Introduction: Social problems as work*. Dans : Miller, G., Holstein, J. (éd.). *Social problems in everyday life: Studies of social problems work*. JAI, Greenwich, Connecticut, p. ix-xxi.
152. Ruddick, S. (1996). *Young and homeless in Hollywood: Mapping social identities*. Routledge, London.
153. Greenberg, J., May, T., Elliott, C. (2006). *Homelessness and media activism in the voluntary sector: A case study. Philanthropist* 20 (2):131-151.
154. Sieff, E. (2003). *Media frames of mental illnesses: The potential impact of negative frames. Journal of Mental Health* 12 (3):259-269. [doi:10.1080/0963823031000118249](https://doi.org/10.1080/0963823031000118249).
155. Stout, P.A., Villegas, J., Jennings, N.A. (2004). *Images of mental illness in the media: Identifying gaps in the research. Schizophrenia Bulletin* 30 (3):543-561. [doi:10.1093/oxfordjournals.schbul.a007099](https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007099).
156. Francis, C., Pirkis, J., Blood, R.W., Dunt, D., Burgess, P., Morley, B., Stewart, A., Putnis, P. (2004). *The portrayal of mental health and illness in Australian non-fiction media. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 38 (7):541-546. [doi:10.1111/j.1440-1614.2004.01407.x](https://doi.org/10.1111/j.1440-1614.2004.01407.x).
157. Stuart, H. (2006). *Media portrayal of mental illness and its treatments: What effect does it have on people with mental illness? CNS Drugs* 20 (2):99-106. [doi:10.2165/00023210-200620020-00002](https://doi.org/10.2165/00023210-200620020-00002).
158. Wahl, O.F. (1992). *Mass media images of mental illness: A review of the literature. Journal of Community Psychology* 20 (4):343-352. [doi:10.1002/1520-6629\(199210\)20:4<343::AID-JCOP2290200408>3.0.CO;2-2](https://doi.org/10.1002/1520-6629(199210)20:4<343::AID-JCOP2290200408>3.0.CO;2-2).
159. Nairn, R.G. (2007). *Media portrayals of mental illness, or is it madness? A review. Australian Psychologist* 42 (2):138-146. [doi:10.1080/00050060701280623](https://doi.org/10.1080/00050060701280623).
160. Whitley, R., Berry, S. (2013). *Trends in newspaper coverage of mental illness in Canada: 2005-2010. Canadian Journal of Psychiatry* 58 (2):107-112.
161. Day, D.M., Page, S. (1986). *Portrayal of mental illness in Canadian newspapers. Canadian Journal of Psychiatry* 31 (9):813-817.
162. Matas, M., el-Guebaly, N., Harper, D., Green, M., Peterkin, A. (1986). *Mental illness and the media: Part II. Content analysis of press coverage of mental health topics. Canadian Journal of Psychiatry* 31 (5):431-433.

163. Olstead, R. (2002). *Contesting the text: Canadian media depictions of the conflation of mental illness and criminality*. *Sociology of Health & Illness* 24 (5):621-643. [doi:10.1111/1467-9566.00311](https://doi.org/10.1111/1467-9566.00311).
164. Kisely, S., Denney, J. (2007). *The portrayal of suicide and mental illness: A province-wide survey of Nova Scotia*. *Canadian Journal of Community Mental Health* 26 (1):113-128.
165. Stuart, H. (2003). *Stigma and the daily news: Evaluation of a newspaper intervention*. *Canadian Journal of Psychiatry* 48 (10):651-656.
166. Couldry, N. (2001). *The place of media power: Pilgrims and witnesses of the electronic media age*. Routledge, London.
167. Hodgetts, D., Chamberlain, K., Scammell, M., Karapu, R., Nikora, L.W. (2008). *Constructing health news: Possibilities for a civic-oriented journalism*. *Health* 12 (1):43-66. [doi:10.1177/1363459307083697](https://doi.org/10.1177/1363459307083697).
168. Fischer, B.A. (2012). *Maltreatment of people with serious mental illness in the early 20th century: A focus on Nazi Germany and eugenics in America*. *Journal of Nervous and Mental Disease* 200 (12):1096-1100. [doi:10.1097/NMD.0b013e318275d391](https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e318275d391).
169. Jeffery, D., Clement, S., Corker, E., Howard, L.M., Murray, J., Thornicroft, G. (2013). *Discrimination in relation to parenthood reported by community psychiatric service users in the UK: A framework analysis*. *BMC Psychiatry* 13 (1). [doi:10.1186/1471-244X-13-120](https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-120).
170. Dolman, C., Jones, I., Howard, L. (2013). *Pre-conception to parenting: A systematic review and meta-synthesis of the qualitative literature on motherhood for women with severe mental illness*. *Arch Womens Ment Health* 16 (3):173- 196. doi:10.1007/s00737-013-0336-0.
171. Representative for Children and Youth (2012). *Honouring Kaitlynne, Max and Cordon: Make their voices heard now*. https://rcybc.ca/wp-content/uploads/2019/05/honouring_kaitlynne.pdf. Consulté le 24 mai 2013.
172. C. v. B.C. (Ministère du Développement de l'enfant et de la famille) et autre (2012). Vol. 95. BCHRT 185.
173. de Bruyn, T. (1998). *VIH/sida et discrimination : un document de travail*. Réseau juridique VIH et Société canadienne du sida, Montréal.
174. Sayce, L., Measey, L. (1999). *Strategies to reduce social exclusion for people with mental health problems*. *Psychiatric Bulletin* 23 (2):65-67. [doi:10.1192/pb.23.2.65](https://doi.org/10.1192/pb.23.2.65).
175. Livingston, J.D., Milne, T., Fang, M.L., Amari, E. (2012). *The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: A systematic review*. *Addiction* 107 (1):39-50. [doi:10.1111/j.1360-0443.2011.03601.x](https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03601.x).
176. Heijnders, M., Van Der Meij, S. (2006). *The fight against stigma: An overview of stigma-reduction strategies and interventions*. *Psychology, Health and Medicine* 11 (3):353-363. [doi:10.1080/13548500600595327](https://doi.org/10.1080/13548500600595327).
177. Klawiter, M. (2004). *Breast cancer in two regimes: The impact of social movements on illness experience*. *Sociology of Health & Illness* 26 (6):845-874. [doi:10.1111/j.1467-9566.2004.421_1.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2004.421_1.x).
178. Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A. (2007). *Discrimination in health care against people with mental illness*. *International Review of Psychiatry* 19 (2):113-122. [doi:10.1080/09540260701278937](https://doi.org/10.1080/09540260701278937).

179. Cummings, J.R., Lucas, S.M., Druss, B.G. (2013). *Addressing public stigma and disparities among persons with mental illness: The role of federal policy*. *American Journal of Public Health* 103 (5):781-785. [doi:10.2105/AJPH.2013.301224](https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301224).
180. Corrigan, P., Larson, J., Watson, A., Boyle, M., Barr, L. (2006). *Solutions to discrimination in work and housing identified by people with mental illness*. *Journal of Nervous and Mental Disease* 194 (9):716-718. [doi:10.1097/01.nmd.0000235782.18977.de](https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000235782.18977.de).
181. Pinfold, V., Byrne, P., Toulmin, H. (2005). *Challenging stigma and discrimination in communities: A focus group study identifying UK mental health service users' main campaign priorities*. *International Journal of Social Psychiatry* 51 (2):128-138. [doi:10.1177/0020764005056760](https://doi.org/10.1177/0020764005056760).
182. Burris, S. (2006). *Stigma and the law*. *Lancet* 367 (9509):529-531. [doi:10.1016/S0140-6736\(06\)68185-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68185-3).
183. Arboleda-Flórez, J., Stuart, H. (2012). *From sin to science: Fighting the stigmatization of mental illnesses*. *Canadian Journal of Psychiatry* 57 (8):457-463.
184. Thornicroft, G. (2008). *Stigma and discrimination limit access to mental health care*. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 17 (1):14-19. [doi:doi:10.1017/S1121189X00002621](https://doi.org/10.1017/S1121189X00002621).
185. Cobigo, V., Stuart, H. (2010). *Social inclusion and mental health*. *Current Opinion in Psychiatry* 23:453-457. [doi:10.1097/YCO.0b013e32833bb305](https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32833bb305).
186. Elamon, J. (2005). *A situational analysis of HIV/AIDS-related discrimination in Kerala, India*. *AIDS Care* 17 (Suppl. 2) :S141-S151. [doi:10.1080/09540120500120070](https://doi.org/10.1080/09540120500120070).
187. Sayce, L. (2001). *Social inclusion and mental health*. *Psychiatric Bulletin* 25 (4):121-123. [doi:10.1192/pb.25.4.121](https://doi.org/10.1192/pb.25.4.121).
188. Morgan, C., Burns, T., Fitzpatrick, R., Pinfold, V., Priebe, S. (2007). *Social exclusion and mental health: Conceptual and methodological review*. *British Journal of Psychiatry* 191 (6):477-483. [doi:10.1192/bjp.bp.106.034942](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.034942).
189. Earnshaw, V.A., Bogart, L.M., Dovidio, J.F., Williams, D.R. (2013). *Stigma and racial/ethnic HIV disparities: Moving toward resilience*. *American Psychologist* 68 (4):225-236. [doi:10.1037/a0032705](https://doi.org/10.1037/a0032705).
190. Forbat, L., Hubbard, G., Kearney, N. (2009). *Patient and public involvement: Models and muddles*. *Journal of Clinical Nursing* 18 (18):2547-2554. [doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02519.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02519.x).
191. Tambuyzer, E., Pieters, G., Van Audenhove, C. (2011). *Patient involvement in mental health care: One size does not fit all*. *Health Expectations*. [doi:10.1111/j.1369-7625.2011.00743.x](https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2011.00743.x).
192. Livingston, J.D., Nijdam-Jones, A., Lapsley, S., Calderwood, C., Brink, J. (2013). *Supporting recovery by improving patient engagement in a forensic mental health hospital: Results from a demonstration project*. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association* 19 (3):132-145. [doi:10.1177/1078390313489730](https://doi.org/10.1177/1078390313489730).
193. Liberman, R.P., Kopelowicz, A. (2005). *Recovery from schizophrenia: A concept in search of research*. *Psychiatric Services* 56 (6):735-742. [doi:10.1176/appi.ps.56.6.735](https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.6.735).
194. McGarvey, E.L., Leon-Verdin, M., Wanckek, T.N., Bonnie, R.J. (2013). *Decisions to initiate involuntary commitment: The role of intensive community services and other factors*. *Psychiatric Services* 64 (2):120-126. [doi:10.1176/appi.ps.000692012](https://doi.org/10.1176/appi.ps.000692012).

195. Livingston, J.D., Nijdam-Jones, A., Brink, J. (2012). *A tale of two cultures: Examining patient-centered care in a forensic mental health hospital*. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* 23 (3):345-360. [doi:10.1080/14789949.2012.668214](https://doi.org/10.1080/14789949.2012.668214).
196. Clark, W., Welch, S.N., Berry, S.H., Collentine, A.M., Collins, R., Lebron, D., Shearer, A.L. (2013). *California's historic effort to reduce the stigma of mental illness: The Mental Health Services Act*. *American Journal of Public Health* 103 (5):786-794. [doi:10.2105/AJPH.2013.301225](https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301225).
197. Corrigan, P.W., Powell, K.J., Michaels, P.J. (2013). *The effects of news stories on the stigma of mental illness*. *Journal of Nervous and Mental Disease* 21 (3):179-182. [doi:10.1097/NMD.0b013e3182848c24](https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182848c24).
198. Job Accommodation Network JAN's Interactive Process Module. <http://webcast.askjan.org/process/> . Consulté le 23 juillet 2013.
199. Loy, B. (2013). *Employees with mental health impairments*. Job Accommodation Network. <http://askjan.org/media/psychiatric.html> . Consulté le 23 juillet 2013.
200. Scottish Association for Mental Health (2012). *Making reasonable adjustments at work for people with mental health problems*. http://www.samh.org.uk/media/296324/ras_2012_pink.pdf . Consulté le 23 juillet 2013.
201. Frado, L.M. (1993). *Diversity works: Accommodations in the workplace for people with mental illness*. Association canadienne pour la santé mentale. <https://multiculturalmentalhealth.ca/wp-content/uploads/2019/07/DiversityWorks-AccommodationsInTheWorkplaceForPeopleWithMentalIllness.pdf>. Consulté le 23 juillet 2013.
202. Commission ontarienne des droits de la personne (sans date). *Les droits de la personne et le logement locatif en Ontario*. <http://www.ohrc.on.ca/fr/les-droits-de-la-personne-et-le-logement-locatif-en-ontario-document-de-r%C3%A9f%C3%A9rence>. Consulté le 23 juillet 2013.
203. Commission ontarienne des droits de la personne (2012). *Dans la zone : Logement, droits de la personne et planification municipale*. <http://www.ohrc.on.ca/fr/dans-la-zone-logement-droits-de-la-personne-et-planification-municipale>. Consulté le 23 juillet 2013.
204. Sengupta, S., Banks, B., Jonas, D., Miles, M.S., Smith, G.C. (2011). *HIV interventions to reduce HIV/AIDS stigma: A systematic review*. *AIDS and Behavior* 15 (6):1075-1087. [doi:10.1007/s10461-010-9847-0](https://doi.org/10.1007/s10461-010-9847-0).
205. Hatzenbuehler, M.L., McLaughlin, K.A., Keyes, K.M., Hasin, D.S. (2010). *The impact of institutional discrimination on psychiatric disorders in lesbian, gay, and bisexual populations: A prospective study*. *American Journal of Public Health* 100 (3):452-459. [doi:10.2105/AJPH.2009.168815](https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.168815).
206. Schneider, B., Livingston, J., Misurelli, M. (2012). *Using participatory action research to study stigma and to promote social change*. Document présenté lors de la conférence « Ensemble dans la lutte contre la stigmatisation », Ottawa, Ontario.



Commission de
la santé mentale
du Canada

Mental Health
Commission
of Canada



Commission de la santé mentale du Canada

Bureau 1210, 350 rue Albert
Ottawa, ON K1R 1A4

Tél : 613.683.3755
Télec : 613.798.2989

infocsmc@commissionsantementale.ca
www.commissionsantementale.ca

[@CSMC_MHCC](#) [/theMHCC](#) [/1MHCC](#) [@theMHCC](#)

[/Mental Health Commission of Canada](#)

[/theMHCC](#)