



Stigmatisation et discrimination

Susan Abbey, MD, FRCPC¹; Manon Charbonneau, MD, FRCPC²;
Constantin Tranulis, MD, MSc, FRCPC³; Pippa Moss, MBBS, FRCPC, FCPA⁴;
Wayne Baici, MD, FRCPC⁵; Layla Dabby, MD⁶; Mamta Gautam, MD, FRCPC⁷;
Michael Paré, MSc, MEd, MD⁸

Le 8 juillet 2011, le Conseil d'administration de l'Association des psychiatres du Canada a entériné cet énoncé de principes rédigé par le Groupe de travail de l'APC pour combattre la stigmatisation et la discrimination.

Introduction

La principale priorité de l'Association des psychiatres du Canada et de la psychiatrie organisée est de diminuer la stigmatisation et la discrimination associées aux personnes atteintes de maladie mentale et leurs familles, et aux professionnels et réseaux de la santé mentale. Partout dans le monde, on réalise de plus en plus les effets nocifs de la stigmatisation et de la discrimination et on invite les psychiatres à jouer un rôle de premier plan dans la lutte contre la stigmatisation afin d'y mettre fin^{1,2}. Malgré les progrès réalisés au cours du dernier siècle dans la diminution

de la stigmatisation et de la discrimination fondées sur le genre, la race, l'orientation sexuelle et la religion et, en dépit du degré d'ouverture à l'égard des diagnostics médicaux autrefois considérés comme honteux, tels que le cancer et le virus du sida, la stigmatisation et la discrimination manifestées à l'égard des personnes atteintes de maladie mentale et de la psychiatrie demeurent très répandues. Le présent énoncé de principes est non seulement un appel à l'action, mais aussi une invitation à l'Association des psychiatres du Canada (APC) et à tous les psychiatres canadiens à jouer un rôle de chef de file dans cette lutte.

¹ Directrice, Programme de psychiatrie, University Health Network, Toronto, Ontario; Professeure, Département de psychiatrie, Université de Toronto, Toronto, Ontario.

² Membre fondatrice du Groupe de travail pour combattre la stigmatisation et la discrimination, Association des psychiatres du Canada, Ottawa, Ontario; présidente sortante de l'Association des psychiatres du Canada, Ottawa, Ontario; Professeure adjointe de clinique, Département de psychiatrie, Université de Montréal, Montréal, Québec; Médecin psychiatre, Centre de santé et des services sociaux de Sept-Îles, Sept-Îles, Québec.

³ Professeur adjoint, Département de psychiatrie, Université de Montréal et Université McGill, Montréal, Québec; Chercheur, Hôpital Louis-H Lafontaine, Montréal, Québec.

⁴ Membre fondatrice du Groupe de travail pour combattre la stigmatisation et la discrimination, Association des psychiatres du Canada, Ottawa, Ontario; Chef de psychiatrie du district de Cumberland, Nouvelle-Écosse; Coordinatrice des services psychiatriques destinés aux enfants et adolescents du Nord de la Nouvelle-Écosse, Nouvelle-Écosse; Chargée de cours, Département de psychiatrie, Université Dalhousie, Halifax, Nouvelle-Écosse.

⁵ Psychiatre, Centre de toxicomanie et de santé mentale, Toronto, Ontario.

⁶ Médecin résidente en psychiatrie (4^e année), Université McGill, Montréal, Québec.

⁷ Membre fondatrice du groupe de travail pour combattre la stigmatisation et la discrimination, Association des psychiatres du Canada, Ottawa, Ontario; Expert-conseil, Centre de santé et de bien-être du médecin, Association médicale canadienne, Ottawa, Ontario; présidente, PEAK MD, Ottawa, Ontario.

⁸ Coordinateur, The Medical Clinic for Person-Centred Psychotherapy, North York, Ontario; Président de la Section de pratique générale de la psychothérapie, Association médicale de l'Ontario, Toronto, Ontario; Professeur adjoint en psychologie, Université Tynsdale College, Toronto, Ontario.

© Association des psychiatres du Canada (APC), 2011. Le présent document ne peut être reproduit sans l'autorisation écrite de l'APC. Les observations des membres seront bien accueillies, veuillez les adresser au président de l'Association des psychiatres du Canada au 141, avenue Laurie Ouest, bureau 701, Ottawa (Ontario) K1P 5J3; par téléphone au (613) 234-2815; par télécopieur au (613) 234-9857; par courriel au : président@cpa-apc.org. Référence 2011-51.

Nota : L'Association des psychiatres du Canada a comme politique de rédaction de réviser les exposés de politique, les déclarations de principes et les guides de pratique clinique à intervalles de cinq ans suivant leur publication ou révision initiale. Tout document semblable diffusé sur le site Web de l'APC depuis plus de cinq ans et sur lequel il n'y a aucune indication que le texte a été révisé et retenu comme document officiel de l'APC, soit après révision ou tel que publié initialement, doit être considéré comme document de référence seulement.

Stigmatisation, discrimination et inclusion sociale : ce que nous en savons

La stigmatisation marque une personne comme différente et la dévalorise. Dans son ouvrage classique, Goffman souligne que la stigmatisation diminue une personne, la transformant « d'un individu complet et normal en un être tâché et discrédité »^{3, p.3}. Scambler a résumé la pensée de Goffman comme suit : « Le terme stigmatisation désigne un attribut, un trait, ou un trouble qui marque un individu comme étant inacceptablement différent des personnes “normales” avec lesquelles il interagit habituellement et entraîne une sanction quelconque de la collectivité »^{4, p.1054}. Les modèles contemporains de la stigmatisation décrivent un processus multi-dimensionnel^{5,6} :

Étiquetage : Créer des catégories et des classifications constitue une activité quotidienne normale et utile de la vie moderne. L'étiquetage se transforme en stigmatisation lorsqu'il progresse aux étapes décrites ci-dessous;

Préjugé : Un lien est créé entre la personne étiquetée et une caractéristique sociale stéréotypée et non souhaitable (par exemple, « les personnes souffrant de schizophrénie sont violentes »);

Séparation : Placer la personne victime de stéréotypie dans une catégorie fondamentalement différente du reste de l'humanité (l'effet du « nous » et du « eux », résultant de croyances, comme : « Je ne peux pas être atteint d'une maladie mentale. »);

Réaction émotionnelle : Les dimensions cognitives précédentes sont accompagnées de réactions émotionnelles. L'écart émotionnel n'est pas limité à la colère, la peur et le dégoût, mais peut aussi comprendre la pitié, les sentiments de culpabilité ou de responsabilité;

Discrimination : Il y a discrimination lorsque l'on donne suite à la stigmatisation à travers des comportements concrets tels que l'exclusion, le rejet et la dévaluation. La discrimination peut se produire à un niveau personnel ou par des disparités sociétales et structurelles.

Rapport de pouvoir : La discrimination a des conséquences négatives et même dévastatrices lorsque la personne qui en est victime est mise en position vulnérable à cause d'un rapport de pouvoir inégal lié à des raisons socioéconomiques (par exemple, la pauvreté et peu de capital social); à des appartenances culturelles (par exemple, groupes ethniques marginalisés); ou à des raisons psychologiques (par exemple, chez les patients atteints de dépression, une estime de soi fragile).

Les effets négatifs de la stigmatisation et de la discrimination sur les personnes souffrant de maladie mentale sont bien documentés^{1,2}. Ils comprennent notamment le retard dans la recherche d'un traitement; la discontinuation précoce du traitement; les difficultés à obtenir un logement et un emploi; ainsi que des effets

économiques défavorables⁷. On a décrit la stigmatisation comme étant la « barrière primaire » au traitement et au rétablissement⁸. La stigmatisation et la discrimination sont des obstacles bien documentés pour les personnes ayant vécu des expériences personnelles de la maladie mentale lorsqu'il s'agit de recevoir des soins médicaux adéquats⁹ et, de concert, ces obstacles constituent un facteur de la diminution de l'espérance de vie. Les personnes atteintes de schizophrénie ont une espérance de vie plus courte d'au moins 15 ans par rapport à celle de la population générale et la plupart des mortalités additionnelles résultent de troubles cardiaques (issus de facteurs de risque plus élevés et de traitements préventifs et curatifs inférieurs à la norme)¹⁰. Les personnes souffrant d'un trouble bipolaire, d'un trouble schizo-affectif, de dépression et de problèmes d'abus de substance ont une espérance de vie plus courte—soit de 8,0 à 14,6 années chez les hommes et de 9,8 à 17,5 chez les femmes¹¹. Le masquage diagnostique (« diagnostic overshadowing », une procédure selon laquelle les symptômes physiques sont faussement attribués à une maladie mentale) a été décrit comme l'un des facteurs contributeurs¹². Les membres des familles des personnes souffrant de maladie mentale font souvent mention des effets négatifs sur leur propre vie. La stigmatisation et la discrimination ont des retombées économiques négatives non seulement sur les personnes atteintes de maladie mentale et leurs familles, mais sur toute la communauté⁷. Sur le plan structurel, la stigmatisation et la discrimination engendrent un financement inférieur au chapitre de la recherche en santé mentale, des services cliniques de qualité inférieure et moins bien organisés, comparativement à d'autres domaines de soins de santé, de même que la dévaluation des professionnels œuvrant dans ces domaines, ce qui entraîne des problèmes de recrutement au sein de la profession de la psychiatrie et d'autres professions en santé mentale.

Depuis longtemps, on comprend que la stigmatisation est une importante source de souffrance, mais plus récemment, on met l'emphase sur la réalité de la discrimination—la stigmatisation à l'œuvre—et ses forts effets négatifs sur nos patients et notre profession. Un consensus émerge quant à la nécessité d'aller au-delà de l'étude de la stigmatisation prise isolément pour examiner la question fondamentale de la discrimination envers les patients en psychiatrie, les psychiatres et autres professionnels de la santé impliqués dans les soins psychiatriques. Il faut aller de l'avant dans l'action sociétale et promouvoir l'inclusion sociale.

Unir des voix du changement

Le Groupe de travail pour combattre la stigmatisation et la discrimination, mis sur pied à l'automne 2007 a été chargé à l'origine de conseiller l'APC sur les priorités dans la lutte contre la stigmatisation. Le groupe comprend des membres de l'APC à toutes les étapes de leur carrière—des

résidents, des cliniciens chevronnés, des chercheurs, des dirigeants, ainsi que des patients atteints de maladie mentale et des membres de leurs familles.

Le groupe a mené un sondage lors de son Congrès annuel, en septembre 2008, à Vancouver, auquel 394 des 1 083 délégués ont participé. Les répondants ont déclaré avoir eu une histoire personnelle ou une expérience vécue de la stigmatisation à l'endroit d'un patient (79 pour cent), à l'endroit d'un professionnel de la santé (65 pour cent), à l'endroit de la psychiatrie en soi (53 pour cent), et au sein de la profession envers un patient atteint d'une maladie mentale (53 pour cent). Dans le cas des domaines d'actions prioritaires, 89 pour cent des répondants ont déclaré que l'APC devait s'attaquer à la stigmatisation et la discrimination retrouvées dans les services des urgences et 86 pour cent, aux iniquités structurelles au sein du système de soins de santé.

Plus récemment, le Groupe de travail pour combattre la stigmatisation et la discrimination a rendu publique une déclaration de principes entérinée par l'APC et soulignant ses quatre champs d'action prioritaires¹³ :

1. Permettre aux membres de l'APC de lutter efficacement contre la stigmatisation et la discrimination envers la profession et les patients atteints d'une maladie mentale en organisant une campagne d'éducation pancanadienne.
2. Faire preuve de leadership en manifestant sa volonté d'agir en collaboration avec d'autres organisations médicales nationales.
3. Participer activement à la lutte contre les inégalités structurelles dans le système de soins de santé pour promouvoir la parité.
4. Explorer les possibilités d'optimiser les soins et les services de santé par la publication d'un énoncé de principes sur les meilleures pratiques visant à lutter contre la stigmatisation et la discrimination.

Il est essentiel de préconiser le changement dans le contexte canadien. Bien que plusieurs cadres d'actions existent, trois stratégies principales semblent faire l'unanimité parmi les experts : la protestation, c'est-à-dire défendre les droits des victimes lorsque nous en sommes témoins; l'éducation, pour faire échec à la stigmatisation et la discrimination; et le contact avec les personnes ayant vécu une expérience de la maladie mentale¹⁴.

Éducation et sensibilisation

La première étape logique pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination est de mieux faire connaître aux cliniciens, aux patients et à la société en général. Malheureusement, cela est plus facile à dire qu'à faire. Il n'existe aucun programme formel de formation sur la stigmatisation et la discrimination à l'intention des psychiatres cliniciens. Ces phénomènes peuvent être

difficiles à identifier chez les autres et dans notre for intérieur, comme il en est question ci-après. Plusieurs d'entre nous avons été dans l'impossibilité d'agir lorsque nous avons été témoins d'actes de stigmatisation et de discrimination en raison de notre propre sentiment de stigmatisation intériorisée et d'un manque de connaissance et d'expérience pour nous guider sur la façon d'agir d'une manière respectueuse et appropriée.

Indiquer la voie à suivre aux étudiants en médecine

L'école de médecine a été depuis toujours un terrain fertile de stigmatisation et de discrimination envers les personnes aux prises avec une maladie mentale et leurs soignants^{1,2}. Elle peut être un lieu de dialogue important pour aborder directement la question de la stigmatisation et de la discrimination et pour faire bénéficier les étudiants d'expériences vécues qui les guideront dans leurs vies professionnelles. Prise isolément, l'éducation conventionnelle sur la maladie mentale et la santé mentale n'aide pas à réduire les attitudes et les comportements discriminatoires. Être en contact avec des personnes qui se sont rétablies d'une maladie mentale par le biais de lectures, de séminaires en collaboration et de jeux de rôle semble constituer une expérience percutante qui aide à changer les attitudes des étudiants^{2,15,16}. Le pouvoir du contact direct avec des personnes atteintes de maladie mentale qui se sont rétablies remet en question les stéréotypes négatifs, de façon appropriée et respectueuse.

Ajouter la stigmatisation, la discrimination et l'inclusion sociale au programme d'études supérieures en psychiatrie

Le programme d'études supérieures en psychiatrie doit comprendre la stigmatisation et la discrimination, ainsi que la façon de les combattre¹. Les programmes de formation axés sur les compétences CanMEDS portant sur les rôles du défenseur de la santé mentale, du gestionnaire et du professionnel doivent comporter une formation explicite dans ces domaines. Les relations avec les médias doivent aussi faire partie du programme de formation des résidents¹⁷.

Agir comme modèle idéal pour les étudiants et les résidents en formation

Les psychiatres universitaires ont la responsabilité particulière de faire figure de modèle idéal. En plus de faire face à leurs propres attitudes et comportements discriminatoires, ils doivent identifier et étiqueter immédiatement la stigmatisation et la discrimination lorsqu'ils en sont témoins et, par la suite, en faire rapport et en discuter avec les résidents. S'attaquer au problème de la stigmatisation et de la discrimination en agissant comme modèle idéal représente une méthode très efficace pour les personnes en formation. Lorsque le superviseur est d'avis que cela est approprié dans un cas donné, il

doit organiser une discussion sur la stigmatisation et la discrimination.

Être conscient de ses propres problèmes et modifier son propre comportement

Les psychiatres ne sont pas à l'abri des sentiments et des attitudes de stigmatisation envers les personnes atteintes de maladie mentale et leur profession. Cela est compréhensible vu qu'ils font partie d'une société qui professe de tels sentiments depuis notre premier contact en société et que notre formation médicale abondait en ce sens. Les psychiatres peuvent même entretenir plus de croyances négatives que la moyenne des gens et être plus pessimistes au sujet du diagnostic et du rétablissement¹⁸, peut être parce qu'ils traitent souvent des personnes qui souffrent de maladies mentales graves et réfractaires aux traitements². Comme Myers l'a souligné, « Surmonter la stigmatisation en soi est un défi de toute une vie »^{19, p 908}.

Une minorité importante de patients psychiatriques et des membres de leurs familles décrivent les traitements comme étant déshumanisants et se sentent dévalués dans leurs rencontres avec les psychiatres^{12,20,21}. Cela semble plus fréquent chez les patients qui ont reçu un diagnostic de troubles de personnalité², d'abus de substance²¹ et de déficience intellectuelle²². Nous devons être à l'affût de ces expériences et évaluer constamment nos propres soins afin de s'assurer que nous offrons des soins professionnels et compatissants.

Identifier et dénoncer la stigmatisation et la discrimination lorsque nous en sommes témoins

Nous devons identifier et étiqueter la stigmatisation et la discrimination lorsque nous en sommes témoins et qualifier ce comportement d'aussi inacceptable socialement que celui d'entretenir des sentiments racistes ou des préjugés religieux. Il est essentiel que nous dénonçons les petites injustices dont nous sommes témoins dans notre pratique quotidienne. Chacun de ces incidents représente une occasion de combattre la stigmatisation et la discrimination et peut être le facteur décisif faisant en sorte que les personnes perpétuant ces comportements réfléchissent sur leur propos ou modifient leur façon d'agir. Nous devons corriger et mettre en perspective les images discriminatoires des personnes atteintes de maladie mentale lorsque nous en sommes témoins. Nous devons être vigilants dans notre lutte contre la stigmatisation et la discrimination dans nos relations avec les médias.

Inclure des discussions sur la stigmatisation, la discrimination et l'inclusion sociale dans notre travail clinique avec les patients et leurs familles

Les psychiatres doivent encourager et inciter les discussions sur la stigmatisation, la discrimination et l'inclusion sociale dans le cadre de leur travail avec les

patients et leurs familles. Ces questions sont au cœur de leurs vies et constituent des sujets de discussion et des cibles d'intervention appropriés. L'autostigmatisation et la discrimination anticipée sont des expériences courantes chez les personnes souffrant de maladie mentale^{12,23,24}. Le travail clinique doit faire ressortir ces situations afin de les diminuer. Notre travail clinique doit à tout prix être axé, non seulement sur les maladies et les traitements, mais doit inclure un programme préconisant la santé mentale, le rétablissement et l'amélioration du traitement des psychopathologies. Les pratiques exemplaires en soins psychiatriques vont au-delà de la psychopathologie pour englober la santé mentale et le bien-être. Il est important de discuter avec nos patients et leurs familles de la divulgation de leur maladie psychiatrique, y compris à qui ils veulent se confier et ce qu'ils s'attendent en retour. La discussion portant sur le mode et le moment opportun de la divulgation est importante et souvent omise dans les soins cliniques. Les psychiatres doivent se familiariser avec les ressources afin que les individus et leurs familles mettent sur pied leurs propres mécanismes de lutte contre la stigmatisation et la discrimination²⁵.

Comblant la séparation entre

« nous » et « eux »

Lorsque l'on essaie de comprendre comment les comportements discriminatoires ont perduré durant les siècles jusqu'à l'histoire moderne (comme l'esclavage ou l'exemple plus récent de l'apartheid en Afrique du Sud) on ne peut s'empêcher de constater que des personnes autrement bien intentionnées ont été mêlées à ces pratiques. Les comportements discriminatoires deviennent acceptables psychologiquement lorsque l'on refuse à une personne le droit de posséder des caractéristiques humaines essentielles en la plaçant dans une catégorie « autre » ou « eux » qui est distincte de la nôtre ou du « nous ». De plus, les écarts de pouvoir peuvent empêcher les personnes victimes de discrimination de demander de retrouver leur statut social, ce qui entretient et augmente la discrimination. La reconnaissance de notre humanité commune, et l'atténuation de cette impression de séparation représentent un pas énorme pour amoindrir la stigmatisation et la discrimination.

Prendre soin de soi-même

Les effets nocifs de la séparation nous-eux sont tragiquement illustrés par la réticence des médecins et des travailleurs en santé mentale d'accepter et de demander de l'aide pour leurs propres problèmes de santé mentale. Les psychiatres sont souvent peu enclins à demander de l'aide pour traiter leurs propres problèmes de santé physique et mentale en dépit des taux élevés de souffrance psychologique et du peu d'appui des pairs²⁶. Des rapports provenant d'observations empiriques

soulignent la réticence des psychiatres à recevoir des soins psychiatriques, à prendre des médicaments antipsychotiques et à intervenir auprès de collègues atteints de maladie mentale¹⁹. Des études ont révélé des taux élevés d'autotraitements pour la dépression chez les psychiatres, ainsi qu'une forte préférence pour l'automédication plutôt que les soins cliniques usuels, dans le cas d'une dépression éventuelle²⁷. Des études récentes ont démontré que les psychiatres refusent souvent d'accepter les traitements qu'ils ont eux-mêmes prescrits^{28,29}. La réticence des médecins à demander ou à accepter des traitements varie directement en fonction du degré de stigmatisation perçue²⁹.

Comment peut-on expliquer ces écarts de cognition et de comportement chez ces mêmes cliniciens qui possèdent l'expertise et une vaste connaissance de la santé mentale? La culture médicale met inévitablement l'accent sur une séparation objectivée entre le clinicien et le patient. Cela peut être aggravé davantage par la perception d'un manque de contact direct, personnel et non clinique avec les patients (particulièrement dans des environnements universitaires urbains), même si cela est une fausse croyance. Tous les jours, nous entretenons tous des contacts directs et personnels avec des collègues, des voisins et des amis qui ont réussi à se rétablir d'une maladie mentale, mais qui n'en parlent pas à cause des forces potentielles de la stigmatisation et de la discrimination. Pour le médecin malade, le passage à l'état de patient signifie qu'il devient membre d'un groupe considéré comme distinct et avec lequel le clinicien ne peut s'identifier sans risquer de perdre l'estime de soi par l'autostigmatisation et le rejet anticipé des collègues.

Promouvoir la santé du médecin au cours de la formation pré- et postdoctorales

La culture de la médecine nous a imposé de grandes aspirations et l'autosacrifice et, jusqu'à récemment, a découragé les autotraitements. En dépit des efforts récents réalisés pour souligner l'importance de la santé du médecin, y compris son inclusion explicite dans le rôle professionnel de CanMEDS, décrivant un engagement à la santé du médecin et à la pratique responsable³⁰, les médecins en formation continuent de percevoir la demande de soutien comme une action stigmatisée³¹. Les psychiatres universitaires doivent aider les médecins en formation à prendre un engagement réel à l'égard de la santé du médecin et de la pratique responsable. Accepter que l'on puisse à la fois être un patient et un clinicien est sain non seulement pour de nombreuses personnes parmi nous qui souffrent de troubles mentaux ou qui en seront touchés à un moment donné dans leur vie, mais aussi pour nous permettre d'intervenir auprès de collègues avec compassion et de façon équitable dans des moments difficiles.

Travailler pour améliorer la santé du médecin

La stigmatisation existe au sein de la communauté médicale dans la même mesure qu'elle est présente au sein de la population générale. La culture de la médecine nous porte à nourrir de grandes attentes à l'égard des médecins. Souvent, les médecins voient de façon très négative leurs collègues atteints de maladie mentale, les jugeant comme étant faibles, déficients et coupables de leur sort. Le médecin malade s'attend à avoir honte et à être jugé et à devoir subir des représailles réglementaires. Cela peut aboutir à une réticence à reconnaître sa maladie, à des délais pour demander de l'aide, à l'autodiagnostic et l'automédication. Malheureusement, l'autotraitement peut mener à une plus grande négation de la maladie, à un traitement incomplet et entraîner des conséquences encore plus funestes, le suicide entre autre³².

On doit travailler pour améliorer la santé du médecin et pour faciliter la demande d'aide pour les médecins aux prises avec une maladie mentale. Un programme complet de bien-être du médecin doit être axé notamment sur la prévention, l'éducation, l'intervention, les ressources, la recherche et la plaidoirie³³. Tous les médecins doivent avoir accès à un médecin de soins primaires et être encouragés à prendre soins d'eux-mêmes. On doit sensibiliser davantage les médecins au fait que le stress est inhérent à la pratique de la médecine et qu'ils ne sont pas hors d'atteinte de la maladie. Dans le cadre de la formation médicale continue et du perfectionnement professionnel, on renseignera les médecins au sujet du stress, du surmenage et de la maladie mentale, ainsi que des traitements positifs, du rétablissement et de l'espoir. Cela facilitera l'identification précoce de la maladie et à un traitement ponctuel. Promouvoir la collégialité au sein de la profession médicale aidera à créer un environnement sécuritaire plus compréhensif de la maladie mentale et qui permet aux médecins de divulguer leur maladie, partager leurs histoires, recevoir de l'aide et de l'appui. Chaque province canadienne possède son programme de santé du médecin qui offre de l'aide aux médecins qui en ont besoin; on doit faire la promotion de ces programmes, les entériner et les mettre en valeur. Une recherche rigoureuse sur la santé du médecin a été entreprise et elle devrait nous fournir des données et des éléments de preuve de l'étendue du problème, ainsi que des pratiques exemplaires pour gérer ce problème. Par nos efforts de sensibilisation, nous pouvons examiner et éviter les conséquences indésirables et non intentionnelles découlant d'une demande d'aide, par exemple les retombées sur les pratiques réglementaires, le permis d'exercice et les privilèges, ainsi que les limites à la rémunération et à la couverture d'assurance. Nous pouvons envisager un avenir meilleur dans lequel les médecins pourront demander de l'aide lorsqu'ils en ont besoin.

Promouvoir et enseigner le contact direct avec les patients

On peut établir un lien avec les patients et rompre la séparation eux–nous lorsque l'on rencontre un patient non seulement dans les contextes cliniques, mais dans d'autres situations; ainsi, on peut montrer au patient qu'il n'est pas uniquement un cas mais une personne humaine à part entière. Le contact personnel direct est un facteur essentiel de la lutte contre la stigmatisation, les préjugés et les images stéréotypées^{2,12,14,34}. Cette pratique peut être intégrée dans la formation psychiatrique comme mesure de prévention de la stigmatisation (par exemple, en organisant des réunions non cliniques entre les médecins en formation et les patients).

Écouter les patients

Il est essentiel de porter une attention particulière à l'écoute des patients, en sommes à tout ce qu'ils ont à dire. Cela peut combattre efficacement notre surdité psychologique envers l'humanité de l'autre, responsabiliser et autonomiser les patients et promouvoir une relation de collaboration moins paternaliste et plus adaptée aux nouvelles pratiques de la psychiatrie³⁵. Les patients peuvent participer aux processus de diagnostic et de traitement, à la recherche (par le biais de la recherche participative) et au travail des agences et d'organismes de services cliniques (par exemple en demandant les suggestions des utilisateurs de services pour la conception des structures cliniques et des traitements).

Dimensions sociales : promouvoir les pratiques d'excellence, la parité et l'inclusion sociale

Promouvoir les pratiques d'excellence au sein de nos propres milieux cliniques

L'Association mondiale des psychiatres affirme que la mise en œuvre des pratiques d'excellence est essentielle pour réduire la stigmatisation et la discrimination¹. En particulier, elle préconise que les psychiatres doivent porter une attention particulière au « développement d'une relation respectueuse avec les patients et leurs proches »^{1, p 137}, rester « à l'affût des nouveautés dans la recherche et les pratiques psychiatriques »^{1, p 137}, assurer « l'observance des principes de déontologie »^{1, p 137} pour les soins cliniques et l'organisation du service, et collaborer avec un vaste réseau de professionnels des soins de patients atteints de maladie mentale¹.

Les avancées dans la recherche et la pratique psychiatrique ont produit des gains substantiels dans le traitement des personnes atteintes de maladie mentale, mais souvent, la prestation des services est sous-optimale, compte tenu des défis auxquels nous faisons face pour appliquer les pratiques d'excellence au sein de

nos propres milieux de travail. Notre société ne tolère pas des soins sous-optimaux pour les patients atteints d'un cancer ou d'un trouble cardiaque et nous ne pouvons pas non plus tolérer des soins sous-optimaux pour ceux qui souffrent de troubles psychiatriques. En tant que cliniciens, nous devons offrir les meilleurs soins possibles au sein de nos milieux de travail.

Les pratiques d'excellence signifient que dans notre pratique quotidienne nous axions nos efforts sur un diagnostic précis et sur des stratégies de traitements adaptées et efficaces^{1,2}. Nous devons fournir de l'information et une éducation à nos patients et aux membres de leurs familles par des moyens facilement accessibles². Les personnes travaillant dans des milieux hospitaliers et des cliniques doivent défendre les besoins de leurs patients et de leurs équipes et exiger la parité des ressources pour la santé mentale avec d'autres professionnels de la santé et administrateurs. Les établissements psychiatriques sont souvent les milieux cliniques les plus démunis, en dépit de la compréhension de l'importance des plans d'organisation pour optimiser les soins aux patients³⁶.

Définir et diffuser les pratiques d'excellence en psychiatrie

En définissant les pratiques d'excellence en psychiatrie, nous pouvons offrir des normes et des points de référence concernant les soins optimaux. En plus d'aider à guider le travail de chaque médecin, ces normes de pratique sont très utiles dans les interactions avec les administrateurs des hôpitaux et des cliniques et avec les agences gouvernementales. La diffusion des pratiques d'excellence en psychiatrie élève la norme des soins psychiatriques à travers le pays et aide les praticiens affairés à optimiser leur pratique clinique. On a souvent répété que le fait d'indiquer clairement que la psychiatrie possède ses pratiques d'excellence et de préconiser leur adoption et mise en œuvre, constitue une stratégie très efficace pour combattre la stigmatisation et la discrimination¹.

Utiliser des stratégies fondées sur la littérature scientifique pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination

Au cours de la dernière décennie, une littérature nouvelle est apparue sur les stratégies efficaces pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination. Des campagnes nationales de lutte contre la stigmatisation ont été élaborées dans plusieurs pays. La campagne « *Like Minds, Like Mine* » de la Nouvelle-Zélande a été lancée en 1997^{37,38}. D'autres initiatives bien connues comprennent : la campagne « *see me* » en Écosse^{39,40}, « *Time to Change* » au Royaume-Uni^{41,42} et le programme mis sur pied par la *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* des États-Unis dont les messages

expliquent notamment qu'un comportement sain est essentiel à la santé, que la prévention et le traitement donnent de bons résultats et que les personnes peuvent se rétablir⁴³. Toutes ces campagnes utilisent les médias sociaux et des techniques de marketing avancées, comportent plusieurs éléments, offrent des programmes locaux, font participer les consommateurs et les prestataires de soins et sont axées sur le rétablissement. Elles englobent les volets : protestation/plaidoirie, éducation et contact; et elles sont stratégiques, fondées sur la recherche et soumises à la recherche évaluative. La Commission de la santé mentale du (CSMC) élabore sa propre campagne auprès des médias sociaux : « Changer les mentalités »⁴⁴.

Alors que les psychiatres croient que l'éducation sur la neurobiologie des troubles psychiatriques aide à combattre la stigmatisation, les faits semblent indiquer le contraire. En dépit du soutien accru du public pour ce qui est de l'aspect neurobiologique de la maladie mentale au cours de la dernière décennie, nous n'avons pas vu une diminution concomitante de la stigmatisation⁴⁵. En axant la cause de la maladie mentale sur des facteurs biologiques, nous renforçons les hypothèses du manque de contrôle et de l'imprévisibilité. Le contact direct avec les personnes qui ont vécu l'expérience de la maladie mentale fait obstacle aux images stéréotypées. Le contact direct est considéré comme la meilleure approche pour changer les attitudes du public de façon permanente^{2,12,14,34}. Les experts sont d'avis que les mesures axées sur le rétablissement et le contact avec la personne et sur la résistance au concept « d'altérité » lié à la maladie mentale sont plus performantes dans les interventions auprès de la population⁴⁶.

Collaborer avec d'autres organismes et assurer la transparence des relations

La psychiatrie canadienne doit continuer à travailler avec nos partenaires de l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale, de l'Association médicale canadienne, du Collège des médecins de famille du Canada, du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et d'autres sociétés nationales de spécialistes, afin de s'assurer que les questions liées à la maladie mentale et la santé mentale sont primordiales. Nous devons continuer à contribuer au travail important de la Commission de la santé mentale du Canada. Les associations psychiatriques provinciales doivent établir des liens étroits avec les ministères de la Santé de leur province.

La psychiatrie organisée doit travailler avec les collègues en médecine pour lutter contre les comportements discriminatoires envers les patients atteints de troubles mentaux ou de maladies mentales aux endroits où ils demandent de l'aide, soit : dans les salles d'urgence, les départements médicaux et de chirurgie d'un jour, les

cliniques ambulatoires et les cliniques médicales spécialisées ainsi que les cliniques de médecine de famille.

Nous devons nous assurer que nos relations avec l'industrie, y compris les compagnies pharmaceutiques et d'instruments médicaux, sont transparentes et conformes au Code de déontologie de l'AMC⁴⁷.

Lutter contre la stigmatisation et la discrimination par le biais des médias

Plus que quiconque, les médias sont à la fois capables de perpétuer et de combattre les comportements de stigmatisation et de discrimination. Les images négatives stéréotypées des personnes atteintes de maladie mentale, de leurs familles et des professionnels de la santé mentale sont fréquentes et énormément blessantes. On doit faire connaître formellement notre opposition à ces portraits. Une récente étude comparant les annonces publicitaires de médicaments pour les maladies physiques et les maladies mentales a démontré des différences importantes qui perpétuent la stigmatisation⁴⁸. La psychiatrie organisée doit exercer une surveillance sur les médias et examiner les éléments discriminatoires lorsqu'elle en est témoin. Elle doit travailler directement avec les médias pour leur fournir des informations à jour par le biais d'experts possédant les aptitudes de communication et d'interaction médiatiques, à l'échelle locale et nationale. On doit fournir des lignes directrices sur la façon responsable de couvrir les questions de santé mentale, comme les récentes Lignes directrices de l'APC sur la couverture médiatique du suicide⁴⁹.

Se pencher sur les iniquités structurelles et préconiser la parité

Il existe de nombreuses iniquités structurelles au sein du réseau de soins de santé, y compris les disparités du financement et de l'accès aux soins, du financement des services de santé mentale au sein des hôpitaux et du financement pour la recherche en santé mentale et en psychiatrie.

Les écarts entre le fardeau de la maladie et le financement sont énormes. Dans son rapport annuel de 2005, l'Organisation mondiale de la santé a attribué 31,7 pour cent de toutes les années vécues avec une maladie à des troubles neurologiques⁵⁰. Néanmoins, le pourcentage des fonds de santé alloués aux soins cliniques et à la recherche pour ces maladies est pitoyable. On estime que ces troubles coûtent 51 milliards de dollars par année aux Canadiens⁵¹. Alors que la maladie mentale représente plus de 15 pour cent du fardeau des maladies au Canada⁵², une fraction très petite de la somme totale des fonds pour la santé est allouée au financement des soins de la santé mentale—6 pour cent au Canada, en 2003—2004⁵³, ce qui est inférieur au niveau de la plupart des pays européens⁵³ et des pays industrialisés⁵². Le financement pour la recherche sur les maladies mentales

et la santé mentale est de 4,0 à 7,5 pour cent inférieur au budget total pour la recherche des Instituts de recherche en santé du Canada alloué à la maladie mentale et à la toxicomanie⁵⁴. Lorsque l'on compare le financement de la recherche aux coûts économiques des troubles, la maladie mentale reçoit huit fois moins que le financement accordé pour la recherche relative aux troubles cardiaques et au cancer⁵⁴. La discrimination structurelle peut expliquer l'exclusion déconcertante des hôpitaux psychiatriques de la Loi sur la santé du Canada et la position marginale ne comportant qu'une seule référence du financement pour la santé mentale dans l'Accord initial des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé, adopté en 2004.

Les psychiatres doivent préconiser avec audace l'accès aux traitements, y compris aux médicaments et traitements psychothérapeutiques. Nulle autre branche de la médecine n'a fait face à de tels obstacles d'accès aux soins pour les malades. Nous devons à tout prix prôner l'accès aux services⁵⁵ et aux nouveaux médicaments lorsqu'ils sont mis en marché⁵⁶, ainsi que pour des ressources humaines adéquates⁵⁷.

Depuis toujours, les psychiatres, comparativement à d'autres spécialistes de la santé, ont hésité à se pencher sur les écarts de rémunérations, peut-être parce qu'ils avaient peur de passer pour cupides et inconvenants. Plus récemment, on a signalé avec force que les écarts de rémunérations des spécialités ont un impact au-delà du revenu—que ces écarts peuvent avoir d'importantes retombées négatives sur le recrutement et la fidélisation et constituer des obstacles croissants à l'accès aux soins, ce qui accentue la séparation endémique des patients psychiatriques⁵⁸.

En dernier lieu, nous devons plaider, à l'échelle fédérale et provinciale, pour des programmes et pour le financement associés aux déterminants sociaux de la santé mentale : la pauvreté, l'itinérance, le logement, les services en toxicomanie, l'emploi et le transport. Il nous incombe de parler au nom des personnes qui ne le peuvent pas en raison de leur maladie et de seconder les groupes d'appui aux patients et donner aux personnes qui vivent une expérience de la maladie mentale les moyens de promouvoir leur propre cause.

Promouvoir l'inclusion sociale

L'exclusion sociale des patients atteints de maladie mentale est manifeste dans les taux du chômage, la carence de réseaux sociaux, dans les rôles sociaux minimisés et le manque de participation à la vie économique et sociale. Parce que la pauvreté, l'invalidité et la carence de réseaux sociaux sont en relation mutuelle de force avec la discrimination et la maladie mentale⁵⁹, il est impératif du point de vue pragmatique et déontologique de préconiser activement l'inclusion sociale de cette population⁶⁰⁻⁶². Une réorientation

culturelle profonde est nécessaire pour atteindre l'inclusion sociale de patients atteints de maladie mentale. On estime que des efforts de formation importants pour les professionnels de soins de santé mentale et la participation des patients dans le processus de soins sont les deux étapes essentielles de cette initiative⁶¹.

Axer nos efforts sur le rétablissement et la qualité de vie

Le mouvement en faveur du rétablissement est un exemple contemporain qui a réussi à intégrer la participation des patients dans la pratique clinique. Le rétablissement a un taux de valence positive élevé pour les patients et leurs familles, bien que son histoire soit inégale du point de vue de certains psychiatres qui en ont été témoins que dans un contexte antipsychiatrique. Les utilisations contemporaines du terme rétablissement dénotent des processus auxquels les personnes qui ont vécu une expérience de la maladie mentale participent, travaillent, apprennent et contribuent pleinement à la vie communautaire⁶³⁻⁶⁶. Une orientation de rétablissement doit s'attarder sur l'autonomie des personnes leur permettant d'assumer autant de responsabilités que possible dans le processus de rétablissement et une insistance sur la culture de l'espoir, l'optimisme et une vie complète et satisfaisante et contribuant à la société⁶⁴⁻⁶⁶. Le rétablissement peut avoir lieu en même temps que des symptômes de la maladie persistent, mais la personne peut, en dépit de ceux-là, apprendre à vivre, à s'adapter et à se développer⁶³. Le rôle du psychiatre est de promouvoir le rétablissement par des soins individualisés, centrés sur la personne, par l'utilisation des forces plutôt que des modèles fondés sur la déficience, encourageant l'autonomie et la responsabilisation et le partage des prises de décision. L'espoir est un élément essentiel au rétablissement.

Conclusion

L'APC et ses membres doivent se mobiliser pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination de façon active et permanente, aux niveaux individuel et professionnel. On enseigne aux étudiants en médecine et aux résidents à formuler des questions de santé mentale dans un cadre biopsychosocial, pourtant la dimension sociale de la maladie mentale—y compris les phénomènes de la stigmatisation et de la discrimination—est trop souvent négligée. Ce document énumère les principales priorités des interventions et pratiques exemplaires fondées sur des données probantes, à partir des trois piliers de notre stratégie visant à diminuer la stigmatisation¹⁴ : la protestation/plaidoirie, l'éducation et le contact personnel. La stigmatisation et la discrimination sont des questions sociétales qui ont des retombées sur chacun d'entre nous et il incombe à la

profession psychiatrique de faire entendre sa voix commune. L'APC et ses membres peuvent se démarquer pour faire toute la différence en s'attaquant à notre stigmatisation internalisée, en adoptant des pratiques d'excellence dans les soins psychiatriques, y compris les voix des patients et de leurs familles à chaque occasion qui se présente, en favorisant la formation dans ce domaine et en luttant pour la parité dans les soins en santé mentale et la responsabilité et la transparence des politiques en santé.

Références

- Sartorius N, Gaebel W, Cleveland H-R, et coll. WPA guidance on how to combat stigmatization of psychiatry and psychiatrists. *World Psychiatry*. 2010;9:131-144.
- Thornicroft G, Rose D, Mehta N. Discrimination against people with mental illness: what can psychiatrists do? *Adv Psychiatr Treat*. 2010;16:53-59.
- Goffman I. *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1963.
- Scambler G. Stigma and disease: changing paradigms. *Lancet*. 1998;352:1054-1055.
- Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol*. 2001;27:363-385.
- Link BH, Yang LH, Phelan JC, et coll. Measuring mental illness stigma. *Schizophr Bull*. 2004;30(3):511-541.
- Sharac J, McCrone P, Clement S, et coll. The economic impact of mental health stigma and discrimination: a systematic review. *Epidemiol Psychiatr Soc*. 2010;19(3):223-232.
- US Dept of Health and Human Services. *Mental health: a report of the surgeon general*. Bethesda (MD): US Department of Health and Human Services; 1999.
- Liggins J, Hatcher S. Stigma toward the mentally ill in the general hospital: a qualitative study. *Gen Hosp Psychiatry*. 2005;27(5):359-364.
- Hennekens CH, Hennekens AR, Hollar D, et coll. Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease. *Am Heart J*. 2005;150(6):1115-1121.
- Chang C-K, Hayes RD, Perera G, et coll. Life expectancy at birth for people with serious mental illness and other major disorders from a secondary mental health care register in London. *PLoS One*. 2011;6(5):e19590.
- Thornicroft G. *Shunned: discrimination against people with mental illness*. Oxford (GB): Oxford University Press; 2006.
- Charbonneau M, Moss P, Abbey S, et coll. Le rôle du psychiatre dans la lutte contre la stigmatisation et la discrimination. *Rev can psychiatrie*. 2010;55(11 Encart):1-2.
- Corrigan PW, Penn DL. Lessons from social psychiatry on discrediting psychiatric stigma. *Am Psychol*. 1999;54:765-776.
- Coodin S, Chisholm F. Teaching in a new key: effects of a co-taught seminar on medical students' attitudes toward schizophrenia. *Psychiatr Rehabil J*. 2001;24(3):299-302.
- Galletly C, Burton C. Improving medical student attitudes towards people with schizophrenia. *Aust N Z J Psychiatry*. 2011;45(6):473-476.
- Campbell NN, Heath J, Bouknight J, et coll. Speaking out for mental health: collaboration of future journalists and psychiatrists. *Acad Psychiatry*. 2009;33(2):166-168.
- Schulze B. Stigma and mental health professionals: a review of the evidence on an intricate relationship. *Int Rev Psychiatry*. 2007;19(2):137-155.
- Myers M. New century: overcoming stigma, respecting differences. *Can J Psychiatry*. 2001;46(10):907-914.
- Corker E. Stigma caused by psychiatrists. *Br J Psychiatry*. 2001;178:379.
- Corrigan PW, Lurie BD, Goldman HH, et coll. How adolescents perceive the stigma of mental illness and alcohol abuse. *Psychiatr Serv*. 2005;56:544-550.
- Chaplin R. Psychiatrists can cause stigma too. *Br J Psychiatry*. 2000;177:457.
- Brohan E, Elgie R, Sartorius N, et coll. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: the GAMIAN-Europe study. *Schizophr Res*. 2010;122:232-238.
- Brohan E, Gauci D, Sartorius N, et coll. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with bipolar disorder or depression in 13 European countries: the GAMIAN-Europe study. *J Affect Disord*. 2011;129:56-63.
- Health Scotland. *Scottish stigma: a guidebook for action* [Internet]. Edinburgh (GB): Health Scotland; 2008. À l'adresse : http://www.healthscotland.com/uploads/documents/6421Stigma_Guidebook_for_Actionpourcent202635.pdf.
- Charbonneau M. « Comment allez-vous docteur(e) ? ». *Can Psychiatry Aujourd'hui*. 2007;3:3.
- Balon R. Psychiatrist attitudes toward self-treatment of their own depression. *Psychother Psychosom*. 2007;76(5):306-310.
- Rettenbacher MA, Burns T, Kemmler G, et coll. Schizophrenia: attitudes of patients and professional carers towards the illness and antipsychotic medication. *Pharmacopsychiatry*. 2004;37:103-109.
- Adams EF, Lee AJ, Pritchard CW, et coll. What stops us from healing the healers: a survey of help-seeking behaviour, stigmatisation and depression within the medical profession. *Int J Soc Psychiatry*. 2010;56(4):359-370.
- Frank JR, Jabbour M, Frechette D, et coll, éditeurs. *Report of the CanMEDS Phase IV Working Groups*. Ottawa (ON): The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2005 mars.
- Moutier C, Cornette M, Lehrmann J, et coll. When residents need health care: stigma of the patient role. *Acad Psychiatry*. 2009;33:431-441.
- Gautam M. Physicians and depression. Dans: Goldman L, Myers M, Dickstein L, éditeurs. *Handbook of physician health*. Chicago (IL): American Medical Association; 2000. p 80-94.
- Gautam M. Measuring and maintaining faculty health. Dans: Cole T, Gritz E, Goodrich TJ, éditeurs. *Faculty health in academic medicine*. New York (NY): Humana Press; 2009. p 39-54.
- Pinfold V, Thornicroft G, Huxley P, et coll. Active ingredients in anti-stigma programmes in mental health. *Int Rev Psychiatry*. 2005;17(2):123-131.
- Bracken PJ, Thomas P. *Postpsychiatry: mental health in a postmodern world*. Oxford (GB): Oxford University Press; 2006.
- Karlin B, Zeiss R. Environmental and therapeutic issues in psychiatric hospital design: toward best practices. *Psychiatr Serv*. 2006;57(10):1376-1378.
- Vaughan G, Hansen C. 'Like Minds, Like Mine': a New Zealand project to counter the stigma and discrimination associated with mental illness. *Australas Psychiatry*. 2004; 12(2):113-117.
- Mental Health Foundation of New Zealand. 'Like Minds, Like Mine' [Internet]. Auckland (NZ): Mental Health Foundation of New Zealand; 2011 [cité 2011 juill. 20]. À l'adresse : <http://www.likeminds.org.nz>.
- Dunion L, Gordon L. Tackling the attitude problem. The achievements to date of Scotland's 'see me' anti-stigma campaign. *Ment Health Today*. 2005 mars:22-25.
- 'see me'. 'see me' [Internet]. Edinburgh (GB): 'see me'; 2011 [cité 2011 juill. 20]. À l'adresse : <http://www.seemescotland.org>.
- Henderson C, Thornicroft G. Stigma and discrimination in mental illness: Time to Change. *Lancet*. 2009;373:1928-1939.
- Time to Change. *Time to Change* [Internet]. London (GB): Time to Change; 2011 [cité 2011 juill. 20]. À l'adresse : <http://www.time-to-change.org.uk>.

43. Substance Abuse and Mental Health Services Administration [Internet]. Rockville (MD): SAMHSA; 2011 [cité 2011 juill. 20]. À l'adresse : <http://www.samhsa.gov>.
44. Commission de la santé mentale du Canada. Changer les mentalités [Internet]. Calgary (AB): MHCC; 2011 [cité le 20 juil. 2011]. À l'adresse : <http://www.mentalhealthcommission.ca/Fr/Pages/Changerlesmentalites.aspx>.
45. Pescosolido BA, Martin JK, Long SC, et coll. "A disease like any other"? A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression and alcohol dependence. *Am J Psychiatry*. 2010;167:1321–1330.
46. Clement S, Jarrett M, Henderson C, et coll. Messages to use in population-level campaigns to reduce mental health-related stigma: consensus development study. *Epidemiol Psychiatr Soc*. 2010;19:72–79.
47. Association médicale canadienne. Code de déontologie de l'AMA (mise à jour 2004) [Internet]. Ottawa (ON): AMA; 2004 [cité le 20 juil. 2011]. À l'adresse : <http://policybase.cma.ca/PolicyPDF/PD04-06.pdf>.
48. Foster JLH. Perpetuating stigma? Differences between advertisements for psychiatric and non-psychiatric medication in two professional journals. *J Ment Health*. 2010;19(1):26–33.
49. Nepon J, Fotti S, Katz LY, et coll. Lignes directrices de l'APC sur la couverture médiatique du suicide [Internet]. Ottawa (ON) : Association des psychiatres du Canada; 2008 [cité le 20 juil. 2011]. Énoncé de politique de l'Association des psychiatres du Canada. Entériné le 10 nov. 2008. À l'adresse : <http://publications.cpa-apc.org/media.php?mid=733>.
50. Prince M, Patel V, Saxena S, et coll. No health without mental health. *Lancet*. 2007;370:859–877.
51. Lim KL, Jacobs P, Ohinmaa A, et coll. A new population-based measure of the economic burden of mental illness in Canada. *Chronic Dis Can*. 2008;28(3):92–98.
52. Institute of Health Economics, Alberta. How much should we spend on mental health? Edmonton (AB): Institute of Health Economics, Alberta; 2008.
53. Jacobs P, Yim R, Ohinmaa A, et coll. Expenditures on mental health and addictions for Canadian provinces in 2003 and 2004. *Can J Psychiatry*. 2008;53(5):306–313.
54. Instituts de recherche en santé du Canada. 2005–2006—La recherche en santé ça rapporte [Internet]. Ottawa (ON): CIHR; 2006 [cité le 15 juin 2011]. À l'adresse : <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/32626.html>.
55. Association des psychiatres du Canada. Établissement de priorités sur les délais d'attente touchant les personnes souffrant d'une maladie mentale grave : Recommandations des psychiatres du Canada [Internet]. Ottawa (ON): Association des psychiatres du Canada; 2006. Énoncé de politique. À l'adresse : <http://publications.cpa-apc.org/media.php?mid=383>.
56. Ramasubbu R. Accès aux nouveaux médicaments [énoncé de principes]. *Rev can psychiatrie*. 2011;56(7 Encart):1–8. Aussi à l'adresse : <http://publications.cpa-apc.org/media.php?mid=1171>.
57. Sargeant JK, Adey T, McGregor F, et coll. Planification des ressources humaines psychiatriques au Canada [énoncé de principes]. *Rev can psychiatrie*. 2010;55(9 Encart extérieur):1–20. Aussi à l'adresse : <http://publications.cpa-apc.org/media.php?mid=1016>.
58. Gaind KS. La parité dans les modèles de rémunération à la vacation [déclaration de principes]. *Rev can psychiatrie*. 2010;55(1 Encart):1. Aussi à l'adresse : <http://publications.cpa-apc.org/media.php?mid=900>.
59. Sartorius N. Social capital and mental health. *Curr Opin Psychiatry*. 2003;16(Suppl 2):S101–S105.
60. Sayce L. Social inclusion and mental health. *Psychiatr Bull*. 2001;25:121–123.
61. The Office of the Deputy Prime Minister. Mental health and social exclusion. Social exclusion unit report. Wetherby (GB): ODPM Publications; 2004.
62. Berry C, Gerry L, Hayward M, et coll. Expectations and illusions: a position paper on the relationship between mental health practitioners and social exclusion. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2010;17(5):411–421.
63. Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosoc Rehabil J*. 1993;16:11–23.
64. Deegan P. Recovery as a journey of the heart. *Psychiatr Rehabil J*. 1996;19:91–97.
65. Roberts G, Wolfson P. The rediscovery of recovery: open to all. *Adv Psychiatr Treat*. 2004;10:37–48.
66. Whitley R, Drake RE. Recovery: a dimensional approach. *Psychiatr Serv*. 2010;61(12):1248–1250.