

ORDRE DE L'EXCELLENCE



RÉCIPIENDAIRE SANTÉ MENTALE AU TRAVAIL



Commission de
la santé mentale
du Canada

Mental Health
Commission
of Canada

La stigmatisation structurelle des personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances dans les établissements de soins de santé

Analyse documentaire

James D. Livingston, Ph. D.

Professeur agrégé, Département de criminologie
Université Saint Mary's, Halifax, Nouvelle-Écosse

Commission de la santé mentale du Canada

commissionsantementale.ca

Indications concernant la citation

Citation suggérée : Livingston, J. D. *La stigmatisation structurelle des personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances dans les établissements de soins de santé : Analyse documentaire* Ottawa, Commission de la santé mentale du Canada, 2020.

©Commission de la santé mentale du Canada, 2020

Les points de vue exprimés dans le présent document représentent uniquement ceux de la Commission de la santé mentale du Canada.

ISBN : 978-1-77318-154-7 (Imprimé) 978-1-77318-153-0 (Ressource en ligne)

Dépôt légal, Bibliothèque nationale du Canada



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.

Table des matières

Résumé	2
Préambule.....	3
Contexte	3
Méthodologie.....	3
Terminologie	4
Niveaux de stigmatisation	4
La stigmatisation structurelle dans le domaine de la santé.....	6
Accès inéquitable aux soins de santé.....	8
Services sous-financés et non couverts.....	9
Dépriorisation, sous-traitement et déni d'accès aux soins.....	10
Soins désintégrés et fragmentés.....	13
Mauvaise qualité des soins de santé	14
Attitudes négatives et mauvaises pratiques.....	15
Interactions et expériences néfastes dans les soins de santé	17
Recours excessif à la coercition, à la contrainte et aux approches punitives	18
Lutter contre la stigmatisation structurelle dans les soins de santé	19
1. Améliorer les attitudes et les pratiques	20
2. Raffermer l'intégration et la coordination des soins.....	22
3. Atteindre la parité au chapitre des problèmes de santé mentale et de consommation de substances	23
4. Élargir l'accès à des traitements efficaces	23
5. Mettre en place des mécanismes de surveillance de la stigmatisation structurelle.....	24
6. Inclusion et participation des clients.....	25
7. Renforcer et faire respecter les mesures de protection des personnes ayant un vécu expérientiel.....	26
Conclusion.....	27
Références	29

Résumé

Les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale et de consommation de substances ont besoin d'un accès rapide à des soins de santé de qualité. Parfois, ils reçoivent ces soins, mais souvent, ce n'est pas le cas. Des obstacles de taille se dressent devant les personnes ayant un vécu expérientiel* qui cherchent à obtenir des soins, et bon nombre de ces difficultés sont accentuées par la stigmatisation. Et lorsque les personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances obtiennent des soins, elles sont plus susceptibles que les autres de recevoir des services de santé de moindre qualité.

Les problèmes systématiques d'accès aux services et d'obtention de soins de santé de qualité compromettent gravement la santé et le bien-être des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale et de consommation de substances. Cette expérience accroît aussi la probabilité qu'elles acquièrent d'autres affections, que leurs maladies demeurent non traitées et qu'elles vivent d'autres crises liées à leur santé. Elle réduit également leur espérance de vie; en effet, les personnes ayant un vécu expérientiel meurent de 10 à 25 ans plus tôt que celles qui ne connaissent pas ces problèmes.

Le système de santé est constamment cité comme un facteur contribuant considérablement aux disparités en matière de santé chez les personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances. Des chercheurs ont illustré de quelle manière le système de santé participe à l'apparition de la stigmatisation structurelle, c'est-à-dire les processus par lesquels il génère des inégalités et des injustices pour les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale et de consommation de substances. Les politiques des établissements de soins et les pratiques des professionnels de la santé peuvent systématiquement priver ces personnes de leur droit à des services de santé de qualité.

Le présent rapport est le fruit d'un examen des études et de la littérature concernant la stigmatisation structurelle dans le domaine des soins de santé, notamment ses répercussions sur les personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances, ses manifestations dans le système de santé et les moyens de la réduire.

Dans l'ensemble, la littérature sur la stigmatisation structurelle dans les établissements de soins de santé se concentre sur deux principaux aspects : l'accès et la qualité. La stigmatisation structurelle se manifeste lorsque les politiques et les pratiques donnent lieu à un accès inéquitable aux soins de santé pour les personnes vivant avec des problèmes de santé mentale et de consommation de substances. Cet accès est restreint de plusieurs façons : par la distribution inéquitable des ressources, le sous-traitement des problèmes de santé, le refus des services et les soins fragmentés. La stigmatisation structurelle prend également la forme de services d'une qualité systématiquement inférieure offerts à certaines personnes. Enfin, les attitudes négatives et les mauvaises pratiques des fournisseurs de soins, les interactions et les expériences indésirables dans les services de santé et le recours excessif à des

*Dans ce rapport, le terme « personnes ayant un vécu expérientiel » est synonyme de « personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances ».

approches coercitives ou paternalistes sont autant de sérieux problèmes compromettant la qualité des services.

Une stratégie globale de lutte contre la stigmatisation structurelle entourant les personnes ayant un vécu expérientiel dans le domaine de la santé devra comporter une combinaison d'approches visant à (1) améliorer les attitudes et les pratiques des professionnels de la santé et d'autres intervenants (p. ex. les stagiaires, les décideurs), (2) raffermir l'intégration et la coordination des soins, (3) atteindre la parité au chapitre des problèmes de santé mentale et de consommation de substances, (4) élargir l'accès à des traitements efficaces, (5) établir des mécanismes de surveillance de la stigmatisation structurelle, (6) favoriser l'inclusion et la participation des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale et de consommation de substances et (7) raffermir et faire respecter les mesures de protection des personnes ayant un vécu expérientiel.

Préambule

Contexte

Ce rapport résume la littérature et les recherches concernant la stigmatisation structurelle dans le domaine de la santé [1]*. Ces travaux ont été commandés par la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC), qui dirige et appuie des initiatives de lutte contre la stigmatisation depuis 2007. Un de ces programmes, *Changer les mentalités*, a défini les fournisseurs de soins de santé comme un groupe clé dans cette lutte. Le présent rapport présente une discussion portant plus précisément sur les répercussions de la stigmatisation structurelle sur les personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances, et propose des approches de réduction de la stigmatisation structurelle dans les services de santé.

Méthodologie

L'examen narratif a été réalisé de septembre à novembre 2019. Des combinaisons de mots-clés ont été entrées dans plusieurs bases de données électroniques (PubMed, PsycINFO, Web of Science, CINAHL, Google Scholar). Les principales séquences suivantes (avec leurs variantes et leurs synonymes) ont été utilisées : (1) problèmes de santé mentale et de consommation de substances (ou maladie mentale, trouble mental, dépendance, etc.), (2) stigmatisation structurelle (ou discrimination institutionnelle, obstacles, iniquités, disparités, etc.), et (3) soins de santé (ou politiques de santé, système de soins de santé, services de santé mentale, etc.). Après l'extraction des références, les titres et les résumés ont été passés en revue afin d'en évaluer la pertinence. Les articles complets des résultats pertinents ont ensuite été obtenus aux fins d'un examen plus approfondi. Un examen des listes de références a permis de relever des documents additionnels. Bien que ces recherches visaient essentiellement à obtenir des articles évalués par des pairs, des documents hautement pertinents appartenant à la littérature grise (p. ex. rapports techniques, énoncés de position, thèses) ont aussi été consultés. Les documents extraits

*Ce rapport constitue une mise à jour et une extension du rapport de la CSMC [Mental Illness-Related Structural Stigma: The Downward Spiral of Systemic Exclusion](#), préparé en 2013 par le même auteur. Il résume la littérature sur la stigmatisation structurelle entourant la maladie mentale dans de nombreux établissements de soins de santé.

ont été entrés dans un programme de gestion des références. En tout, des données utiles ont été recueillies dans près de 300 documents, avant d'être synthétisées puis incorporées à ce rapport.

Terminologie

Les lecteurs sont invités à prendre connaissance de la définition de certains termes couramment employés dans ce rapport. Conformément aux définitions acceptées [2], la *stigmatisation* inclut la discrimination. L'expression *Soins de santé* fait référence au système officiel de prestation de services de santé, ce qui inclut les services fournis par des professionnels de la santé réglementés et les services admissibles à la couverture des régimes d'assurance-maladie publics et privés*. Le terme *problèmes de santé mentale et de consommation de substances* a été adopté pour les besoins de ce rapport, puisque des termes spécifiques (p. ex. des noms de maladies, comme la schizophrénie) autant que des termes généraux (p. ex. clients en santé mentale, utilisateurs de services) sont employés dans la littérature. Cette formulation englobe le vaste spectre des difficultés auxquelles les gens font face lorsqu'il est question de leur bien-être psychologique et de leur consommation de substances, y compris les maladies définies par les systèmes de classification diagnostique. Il est reconnu qu'un terme aussi inclusif pourrait occulter des variations importantes de la stigmatisation structurelle d'une maladie à l'autre.

Niveaux de stigmatisation

Il ne fait aucun doute que la stigmatisation déprécie la valeur des personnes souffrant d'une maladie mentale, de même que celle des systèmes de soutien social et professionnel conçus pour leur venir en aide. Elle maintient les programmes et les enjeux de santé mentale à un niveau de priorité faible au sein des gouvernements et chez les bailleurs de fonds, entraîne des inégalités criantes dans la qualité et la disponibilité des traitements, et porte atteinte à la qualité de vie et à la possibilité de rétablissement des personnes vivant avec une maladie mentale. (p. 462)

Arboleda-Flórez et Stuart [3]

Ce rapport met l'accent sur la stigmatisation associée aux problèmes de santé mentale et de consommation de substances, tout en étudiant de quelle manière elle imprègne la structure même des établissements et des systèmes de soins de santé. Les personnes vivant avec des problèmes de santé mentale et de consommation de substances font l'objet d'une intense stigmatisation. Elles sont dévalorisées, rejetées, montrées du doigt et exclues en raison d'un état de santé socialement discrédité. Il est opportun d'envisager la stigmatisation à travers ses trois formes : l'autostigmatisation, la stigmatisation sociale et la stigmatisation structurelle.

L'autostigmatisation est liée aux perceptions et aux expériences des personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances. Elle constitue un facteur dissuasif déterminant dans

*Une telle définition ne tient pas compte des services informels fournis par les organismes non gouvernementaux, les organisations d'utilisateurs, les fournisseurs de soins non réglementés ou non traditionnels et d'autres formes de soutien (p. ex. les groupes d'entraide, les proches aidants). Bien que le système de services informels joue un rôle de premier plan dans le bien-être et le rétablissement des personnes ayant un vécu expérientiel, il n'était pas mentionné dans la littérature et a par conséquent été considéré comme au-delà de la portée de la présente analyse documentaire.

la recherche d'aide et dans l'adhésion à un traitement [4-6]. Les personnes ayant un vécu expérientiel invoquent souvent la peur d'être stigmatisées et la crainte de susciter des réactions négatives (p. ex. être perçues comme folles ou faibles, se sentir embarrassées ou honteuses, être jugées défavorablement) comme des raisons majeures d'éviter de demander un traitement [7-9].

La stigmatisation sociale se produit lorsque des membres d'une communauté perpétuent des stéréotypes négatifs et adoptent un comportement préjudiciable et discriminatoire à l'égard des personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances [10]. Elle constitue un terreau fertile pour l'autostigmatisation et la stigmatisation structurelle. La reproduction à grande échelle de ces stéréotypes (p. ex. la croyance que les personnes aux prises avec la maladie mentale sont dangereuses) engendre des réformes régressives et de politiques punitives, comme un financement réduit des services de santé mentale et de dépendances et l'augmentation des interventions coercitives [11-13]. Réciproquement, les réformes régressives et les politiques punitives peuvent accentuer la stigmatisation sociale [12-14], une conjoncture qui freine l'adoption de réformes progressistes et de politiques inclusives dans les soins de santé (p. ex. l'augmentation des stratégies de réduction des préjudices).

La stigmatisation structurelle est enracinée dans les règlements, les politiques et les procédures d'institutions sociales qui restreignent de façon arbitraire les droits et les chances des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale et de consommation de substances [1, 15]. Elle est consolidée par les lois, par les politiques et les procédures internes des établissements et des systèmes privés et publics et par les pratiques des professionnels et des décideurs. Une précédente revue de la littérature a mis au jour des exemples de stigmatisation structurelle dans divers systèmes institutionnels et contextes sociaux, notamment dans les domaines de l'emploi et du revenu, du logement et de l'éducation [1]. Bien que les cas manifestes de stigmatisation structurelle aient reculé, ils ont légué un héritage de disparité et ont été remplacés par des obstacles structurels cachés qui perpétuent les inégalités et l'injustice faite aux personnes vivant avec des problèmes de santé mentale et de consommation de substances.

En moyenne, ces personnes revêtent six attributs stigmatisés; elles peuvent être, par exemple, sans emploi, dans la classe ouvrière ou pauvres, en surpoids, fumeuses, dépressives et volontairement sans enfant [16]. Ces attributs interagissent de façon complexe pour donner lieu à différentes expériences de stigmatisation, un phénomène appelé stigmatisation composée [17]. La recherche démontre que les répercussions de la stigmatisation sont exacerbées lorsque les personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances subissent aussi d'autres formes d'oppression produites par le racisme, le sexisme, le classisme, la xénophobie, l'homophobie, etc. [p. ex., 18, 19-23]. Il est important de se rappeler l'incidence de la stigmatisation composée sur l'accès au système de santé par ces personnes et sur l'expérience qu'elles en font [24].

La stigmatisation structurelle dans le domaine de la santé

La stigmatisation dans les établissements de soins de santé compromet le diagnostic, le traitement et les résultats de santé. Il est crucial d'enrayer la stigmatisation pour offrir des services de santé de qualité et favoriser une santé optimale chez les patients. (p. 1)

Nyblade et coll. [25]

Les études définissent couramment le système de santé comme un facteur contribuant largement à la stigmatisation entourant les problèmes de santé mentale et de consommation de substances. Il y participe principalement par la production de stigmatisation structurelle [24, 26], qui diminue les résultats en santé et qui constitue un problème de santé publique majeur [27]. Chez les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale et de consommation de substances, la stigmatisation structurelle occasionne des besoins non satisfaits, des délais dans la recherche d'aide et l'abandon de traitements; dès lors, elle est considérée comme une cause fondamentale des inégalités dans la santé des populations [28, 29]. C'est pourquoi les chercheurs recommandent que toutes les initiatives de réduction de la stigmatisation accordent une grande priorité au système de santé [30].

Par leur fonctionnement, les systèmes de soins de santé peuvent enfreindre les droits des personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances, notamment le droit à des services de santé de qualité. De plus en plus de données montrent que cette négation des droits contribue aux disparités en matière de santé, notamment au chapitre de la morbidité excédentaire et de la mortalité prématurée [30]. Les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale et de consommation de substances courent un risque plus grand de souffrir de troubles concomitants de santé physique et de recevoir des soins de santé physiques médiocres [31]. Elles sont aussi plus susceptibles d'avoir des problèmes de santé physique chroniques, par exemple le diabète, les maladies cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux, l'hypertension et l'épilepsie [31]. Les personnes ayant un vécu expérientiel sont frappées plus jeunes par ces maladies chroniques et meurent plus rapidement suivant l'apparition de celles-ci [32]. Elles affichent également des résultats inférieurs après une chirurgie ou un diagnostic de problème de santé physique [33].

Les personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances meurent plus jeunes que les autres. Les recherches montrent qu'elles doivent s'attendre à vivre entre 10 et 25 ans de moins [27, 34-38]. Ces décès précoces sont généralement causés par des troubles concomitants de santé physique, les maladies cardiovasculaires au premier chef [31, 33-35]. D'autres problèmes de santé chroniques, notamment les maladies respiratoires, le diabète, le cancer, les maladies liées au tabagisme et l'obésité, contribuent également à la morbidité excédentaire et à la mortalité prématurée [30, 37]. En Angleterre, une étude réalisée sur 18 201 personnes atteintes de maladies mentales graves a révélé que ces personnes présentaient un risque de maladie respiratoire, de maladie cardiovasculaire, de cancer et de décès considérablement accru par rapport à la population générale [39]. La mortalité causée par les maladies respiratoires et cardiovasculaires était jusqu'à quatre fois plus élevée, et les décès par suicide étaient de cinq à dix fois plus nombreux dans presque tous les groupes ethniques minoritaires [39]. Les

troubles concomitants de consommation de substances doublent quant à eux le risque de mortalité par des causes non naturelles [39].

Les raisons expliquant la morbidité excédentaire et la mortalité prématurée chez les personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances sont complexes et multifactorielles. Les facteurs cliniques (p. ex. les effets secondaires associés à la médication psychiatrique), les comportements liés à la santé (p. ex. une mauvaise alimentation, le tabagisme) et les facteurs environnementaux et sociaux (p. ex. la pauvreté, le chômage) y contribuent largement [36, 37, 40]. Les facteurs associés aux fournisseurs et aux systèmes de soins de santé aggravent le problème [36]. Les études montrent que les facteurs liés au système de santé sont responsables de 10 à 25 % de la variabilité dans la santé et la longévité des personnes souffrant de problèmes de santé mentale [37, 38]. Cette association met en lumière l'importance de cibler le système de santé dans toute initiative visant à améliorer la santé et à prolonger l'espérance de vie des personnes ayant un vécu expérientiel [38].

Les disparités en matière de santé sont exacerbées lorsque ces personnes ne reçoivent pas les services de santé nécessaires. Il est hautement préoccupant qu'une forte proportion des personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances vive avec des besoins non satisfaits [41]. Au Canada, quelque 600 000 personnes ont des besoins de santé mentale non satisfaits, et plus d'un million de personnes ont des besoins seulement partiellement comblés [42]. Les principales raisons pour lesquelles les personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances n'interagissent pas avec le système de santé sont le coût et l'abordabilité des services, le choix de traiter elles-mêmes leurs problèmes de santé et les difficultés liées au transport [41-43]. De surcroît, le défaut de faire appel au système de santé recoupe les obstacles posés par le sexe, la race, la classe, la sexualité, la nationalité et d'autres caractéristiques identitaires [44]. Les personnes ayant un vécu expérientiel affirment que le système de santé est une raison majeure pour laquelle elles évitent de demander des traitements. Environ une personne sur cinq ayant un besoin de santé mentale non satisfait ou partiellement satisfait au Canada perçoit le système de santé comme un obstacle à l'obtention de soins [42].

Les expériences négatives vécues dans le système de santé peuvent dissuader les gens de demander et d'utiliser des services de santé. Des études ont révélé que de telles expériences dans des établissements de soins sont omniprésentes chez les personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances [p. ex. 45, 46, 47]. Un examen systématique a montré qu'entre 16 et 44 % de ces personnes ont subi de la discrimination en raison de leur maladie mentale dans des établissements de soins de santé mentale (contre 17 à 31 % dans les établissements de soins de santé physique) [24]. Dans une étude menée en Angleterre sur le parcours de 3 579 personnes aux prises avec des troubles de santé mentale, 30 % des participants ont déclaré avoir été victimes de discrimination de la part du personnel de soins de santé mentale (contre 29 % dans les soins de santé physique) [48]. De telles occurrences ont également un coût économique. Le fait d'avoir subi de la discrimination dans un établissement de santé a été lié à une hausse des coûts associés à l'utilisation des services de santé [5, 49-51].

Bien que les études examinant les disparités en santé, les écarts en matière de mortalité, les obstacles à la demande d'aide et les expériences négatives vécues dans le système de santé par les personnes ayant un vécu expérientiel nous permettent de mieux comprendre la stigmatisation structurelle dans les services de santé, rares sont les recherches qui établissent un lien direct entre la stigmatisation et les

faibles résultats de santé. On sait que les lacunes du système de santé jouent un rôle dans l'apparition des disparités en matière de santé, mais le degré auquel la stigmatisation structurelle y contribue continue de soulever des questions. Dans une étude portant sur les répercussions de la stigmatisation structurelle, des chercheurs évaluaient la relation entre celle-ci et la qualité de vie de 787 personnes souffrant de problèmes de santé mentale aux États-Unis [52]. En faisant appel à des indicateurs sur les dépenses publiques en santé mentale et la parité en santé mentale pour mesurer la stigmatisation structurelle entourant la maladie mentale, ils ont découvert que les personnes vivant dans les États où le niveau de stigmatisation structurelle était plus élevé rapportaient une qualité de vie inférieure. Une autre étude américaine examinait les effets de la stigmatisation structurelle associée à la maladie mentale sur la santé de 152 236 personnes, dont 5 860 personnes souffrant de problèmes de santé mentale [53]. Au moyen d'indicateurs de dépenses en santé mentale, de disponibilité des soins de santé mentale (p. ex. les pénuries de main-d'œuvre chez les professionnels de la santé mentale, le nombre de lits en psychiatrie) et de traitements injustes (c.-à-d. des accusations de discrimination à l'embauche envers les personnes ayant une incapacité mentale) utilisés pour mesurer la stigmatisation structurelle dans 25 États, l'étude a révélé que des dépenses plus élevées en santé mentale étaient associées à de petites améliorations dans les résultats de santé, et ce, autant chez les personnes qui avaient une maladie mentale que chez celles qui n'en avaient pas.

Dans l'ensemble, la littérature sur la stigmatisation structurelle dans les établissements de soins de santé se concentre sur deux principaux aspects : l'accès et la qualité. La stigmatisation structurelle se manifeste lorsque les politiques et les pratiques donnent lieu à un accès inéquitable aux soins de santé pour les personnes vivant avec des problèmes de santé mentale et de consommation de substances. Elle se manifeste également par des services d'une qualité systématiquement inférieure. Comme ces problèmes peuvent nuire gravement à la santé et au bien-être des gens, la discussion ci-dessous est axée sur deux thèmes : l'accès inéquitable et les soins de mauvaise qualité.

Accès inéquitable aux soins de santé

L'accès aux services de santé et l'utilisation de ceux-ci sont tributaires d'une multitude de facteurs, souvent regroupés dans les domaines de l'individu, du praticien ou du système [30, 32, 35, 53-55]. Les domaines de l'individu et du praticien se rapportent aux croyances, aux connaissances, aux comportements et aux ressources respectives des praticiens et des personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances. Le domaine du système comporte des éléments structurels, comme la distribution des ressources ainsi que les politiques et les procédures institutionnelles. Les facteurs ayant le plus d'incidence sur la stigmatisation structurelle sont ceux relevant du praticien et du système.

Les personnes vivant avec des problèmes de santé mentale et de consommation de substances ont davantage de difficulté à obtenir des soins de santé que la population générale [55]. Cette difficulté résulte en partie d'obstacles liés aux praticiens et au système qui les dissuadent de demander les soins dont elles ont besoin. La présente analyse a relevé trois principaux secteurs d'accès inéquitable pour les personnes ayant un vécu expérientiel :

- le manque de ressources dans les services de santé mentale et de dépendances ainsi que les problèmes associés à la couverture d'assurance-maladie
- la dépriorisation, le sous-traitement et le déni d'accès aux soins

- la séparation systémique entre les services de santé mentale, de dépendances et de santé physique

Services sous-financés et non couverts

Plusieurs pays, dont le Canada, financent insuffisamment les services de santé mentale et de dépendances par rapport au fardeau de la maladie et en comparaison avec les ressources allouées aux soins de santé physique [55-59]. De plus, le soutien financier international attribué aux problèmes de santé mentale est nettement insuffisant par rapport au fardeau mondial de la maladie et aux contributions faites pour d'autres enjeux de santé (p. ex. le VIH) [60]. Le sous-financement systématique et chronique des services de santé mentale et de dépendances est largement reconnu comme un indicateur clé de la stigmatisation structurelle [1, 24, 61, 62]. La stigmatisation se manifeste lorsque les gouvernements et les décideurs n'investissent pas de façon équitable dans les systèmes de santé mentale et de dépendances. Elle est canalisée lorsque les compagnies d'assurance n'offrent pas une couverture et des remboursements justes pour ces services, un manque qui est également flagrant dans le financement déficient de la recherche en santé mentale et dépendances. Ces iniquités structurelles reflètent et accentuent la dévalorisation et la dépriorisation des personnes aux prises avec ces problèmes dans la société [63].

En conséquence de ce sous-financement, les gens ont plus de difficulté à obtenir des soins appropriés pour leurs problèmes de santé mentale et de consommation de substances que pour leurs problèmes de santé physique [55, 61, 64]. La pénurie grave et chronique de professionnels de la santé mentale et des dépendances entraîne des temps d'attente excessifs pour l'obtention de soins [65]. De plus, les services de santé mentale et de dépendances que les patients finissent par recevoir sont moins efficaces et de qualité moindre. Citons trois exemples : un patient pourrait recevoir des soins de courte durée lors d'une crise, mais être incapable d'obtenir des services de plus longue durée à d'autres moments; un praticien pourrait offrir un médicament moins cher au lieu d'un médicament comparable plus récent, plus efficace et entraînant moins d'effets secondaires [66, 67]; un patient pourrait avoir accès à un traitement pharmacologique, mais pas à d'autres formes de soins reconnues pour être au moins aussi efficaces, comme les thérapies psychologiques [68]. Comme soutenu par Clement et coll., l'attribution inéquitable de ressources occasionne des retards dans les soins, des services médiocres et une insatisfaction chez les utilisateurs des services, ce qui en fait un puissant agent dissuasif pour la demande d'aide et l'obtention de soins [5].

L'obtention de soins appropriés entraîne souvent un important coût financier, que bien des personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances sont simplement incapables de se permettre [52]. En effet, elles invoquent souvent le coût élevé comme le principal obstacle à l'accès aux soins [43, 65]. Par exemple, dans une étude réalisée par Feder et coll. auprès de deux millions de personnes aux prises avec des troubles de consommation d'opioïdes aux États-Unis, la raison la plus fréquemment mentionnée pour l'absence de traitement de la toxicomanie était d'ordre financier (p. ex. l'absence d'assurance-maladie) [9]. Ce manque d'abordabilité accentue les disparités en santé et l'inégalité des traitements fournis aux personnes marginalisées davantage par d'autres attributs (p. ex. la race, le statut d'immigrant). Même dans des pays comme le Canada, qui assure un accès universel aux soins de santé publics, l'accès à des services de santé mentale et de dépendances fondés sur des données probantes (p. ex. la psychothérapie) est de plus en plus ardu et entravé par des problèmes d'abordabilité. Souvent abordées dans la littérature, les politiques et les pratiques injustes des assureurs privés de soins de santé sont considérées comme une forme particulièrement puissante

de stigmatisation structurelle dans d'autres pays, dont les États-Unis [69, 70]. Le refus de couverture, l'offre de limites inférieures, l'imposition de restrictions extraordinaires et l'exclusion de traitements fondés sur des données probantes ne sont que quelques-unes des méthodes injustes auxquelles les compagnies d'assurance ont recours pour systématiquement priver les personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances des soins appropriés [61, 70, 71].

En outre, le sous-financement historique et continu des recherches scientifiques reflète les investissements inadéquats dans les services de santé mentale et de dépendances [72-79]. Bien que les problèmes de santé mentale et de consommation de substances représentent un fardeau économique écrasant pour la société, les chercheurs de ce domaine reçoivent beaucoup moins de financement que leurs collègues qui étudient d'autres maladies. Une étude menée en Australie a révélé que non seulement la recherche sur la maladie mentale obtenait moins de financement que d'autres problèmes de santé (p. ex. le cancer, les maladies cardiovasculaires), mais qu'elle était également sous-financée par rapport au fardeau de maladie qu'elle représente, et que toute augmentation des investissements dans ce domaine ne suivait pas le rythme des augmentations pour les autres maladies [76]. Cette distribution inégale pose problème parce qu'elle freine la création de politiques et de services de santé mentale fondés sur des données probantes.

Dériorisation, sous-traitement et déni d'accès aux soins

Si le financement des soins de santé mentale est dépriorisé, la littérature illustre également que les problèmes de santé mentale et de consommation de substances sont systématiquement relégués à un rang de priorité inférieur dans les établissements de santé, ce qui contribue aux iniquités dans les soins de santé et aux disparités en matière de santé.

L'« ombrage » porté sur le diagnostic et le traitement est un sujet souvent abordé dans la littérature [55, 70, 80]. L'ombrage diagnostique se produit lorsqu'un professionnel de la santé néglige l'état de santé physique d'une personne ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances et, par conséquent, manque ou omet de diagnostiquer certains problèmes de santé. Ce terme renvoie à des biais dans les décisions en matière de traitements qui entravent la fourniture de soins de santé physique appropriés aux personnes vivant avec des problèmes de santé mentale et de consommation de substances. L'ombrage diagnostique est en partie causé par la stigmatisation. Dans son ouvrage novateur *Stigma : Notes on the Management of Spoiled Identity*, Erving Goffman définit la stigmatisation comme un « attribut profondément discréditant » qui réduit son porteur, pourtant « une personne entière et ordinaire, à [une identité de] personne contaminée, diminuée » (p. 3) [81]. Goffman fait ainsi référence à un stéréotype répandu, à savoir que les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale et de consommation de substances sont peu fiables et indignes de confiance. Ces croyances amènent les professionnels de la santé à se méfier de ces personnes [32], de sorte que les troubles somatiques qu'elles vivent sont erronément attribués à leurs problèmes de santé mentale et de consommation de substances et occultés par ces derniers.

Le fait de ne pas être cru et la sous-estimation du sérieux de leurs problèmes de santé sont des expériences souvent rapportées par les personnes ayant un vécu expérientiel qui demandent des soins pour un trouble physique [82]. Un participant à une étude sur les expériences des personnes souffrant de schizophrénie a raconté cette situation d'ombrage diagnostique : « Jusqu'à ce qu'ils s'aperçoivent que j'avais [des calculs rénaux], ils ne m'écoutaient pas. Que j'aie mal au ventre ou ailleurs, c'était toujours les nerfs qui étaient le problème » (p. 18) [83]. Un participant à une recherche canadienne

étudiant le parcours de personnes ayant des problèmes de santé mentale dans les services d'urgence abondait dans le même sens : « Lorsque vous êtes classé comme un patient psychiatrique, vous avez beau souffrir d'un problème physique comme une migraine, vous êtes traité comme un patient psychiatrique » (p. 128) [84]. L'ombrage porté sur le diagnostic et le traitement mènent au sous-diagnostic et au sous-traitement des problèmes de santé physique chez les personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances. Non seulement l'escalade des troubles physiques qui en découle empêche l'intervention précoce, mais elle augmente également les risques de situations d'urgence, d'événements indésirables et de décès prématuré [32, 80, 85]. De crainte de subir ces méthodes, les personnes ayant un vécu expérientiel retardent la demande d'aide, dissimulent leurs problèmes aux professionnels de la santé, minimisent leur besoin d'analgésiques et se tournent vers des services complémentaires. Une participante à une étude évaluant l'expérience d'usagers de drogues par injection dans les soins de santé a résumé ainsi la situation : « Très souvent, lorsque j'ai besoin de soins médicaux, je repousse le problème aussi longtemps que possible pour éviter de ressentir l'embarras qu'ils me causent. C'est injuste » (p. 83) [45].

La stigmatisation fait en sorte que les personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances se voient systématiquement refuser l'accès à des services de prévention et à des soins courants pour des problèmes de santé physique. À cause de la stigmatisation, ces personnes sont moins susceptibles de recevoir (1) des vaccins, (2) un suivi de la pression sanguine et du taux de cholestérol, (3) une chirurgie pour une maladie cardiovasculaire, (4) une artériographie cérébrovasculaire ou un traitement de warfarine à la suite d'un AVC, (5) des soins normaux pour le diabète, (6) un dépistage de routine du cancer (incluant les mammographies), (7) des frottis du col de l'utérus, (8) un dépistage de l'ostéoporose, (9) des traitements médicaux contre l'arthrite, et (10) une évaluation complète de leurs problèmes de santé physique et des traitements à la suite d'un diagnostic [30, 32, 85-87]. Non seulement les personnes ayant un vécu expérientiel sont plus susceptibles de demander de l'aide tardivement en cas d'appendicite et de présenter davantage de complications et des résultats inférieurs à la suite de chirurgies [30], elles doivent aussi attendre plus longtemps pour obtenir des soins pour leurs problèmes de santé physique [82, 88].

La littérature fait état des politiques et des pratiques d'établissements de soins primaires et de services d'urgence sous l'angle de la stigmatisation structurelle. Une étude réalisée au Canada sur les expériences vécues dans des établissements de soins primaires par 85 personnes vivant avec des problèmes de santé mentale et de consommation de substances et 17 professionnels de la santé a mis au jour une série d'obstacles systémiques à l'obtention de soins primaires. Ces obstacles sont les longs temps d'attente pour obtenir un rendez-vous, les services de counseling inadéquats, les politiques limitant les gens à un problème par consultation et la difficulté de trouver un médecin traitant [89]. Les participants à cette étude attribuaient ces difficultés à deux principaux problèmes : (1) la croyance répandue que les personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances sont des patients indésirables, et (2) la réticence générale des fournisseurs de soins primaires à ajouter des personnes ayant des besoins complexes à leur clientèle. Des études ont aussi montré que les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale et de consommation de substances sont moins susceptibles que les autres d'être orientées vers des services et des spécialistes par les fournisseurs de soins primaires [70]. Les attitudes stigmatisantes des professionnels de la santé, notamment le pessimisme au sujet de l'adhésion du patient à un traitement futur, ont été définies comme un facteur contribuant à ce problème [54]. De plus, les fournisseurs de soins primaires

rencontrent davantage de difficultés lorsqu'ils renvoient des patients à des services de santé mentale ou de dépendances — en comparaison avec les services de santé physique —, ce qui pourrait les dissuader d'orienter les gens vers les soins appropriés [63].

Des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale et de consommation de substances ont dit s'être vues refuser des services par des professionnels de la santé dans des centres de soins primaires, des hôpitaux, des salles d'urgence, des pharmacies et des cliniques dentaires [62, 90, 91]. Une participante à une étude australienne examinant ces expériences a donné l'exemple suivant dans un formulaire de rétroaction : « Un jour, je me suis rendue à l'hôpital pour un problème X. Un des médecins a dit : "C'est une sale droguée. Inutile de la garder à l'hôpital pour la nuit. Aussi bien la traiter et la laisser repartir parce qu'elle ne restera pas à l'hôpital de toute façon" » (p. 65) [92]. Les personnes vivant avec des troubles de consommation d'opioïdes, particulièrement celles qui suivent un traitement par agonistes opioïdes (p. ex. la méthadone), ont du mal à trouver des établissements de soins postactifs qui les acceptent [88, 93]. Ce groupe est également confronté à la difficulté d'obtenir des médicaments de gestion de la douleur en raison du stéréotype du patient accro aux médicaments [45]. Ce type de situation a été rapporté par un participant à une étude portant sur les expériences de personnes recevant un traitement de maintien à la méthadone :

« Je venais de subir une chirurgie, et ils se disaient "Ne lui donnez pas d'analgésiques, ne lui donnez rien" [...] Je peux dire avec certitude qu'une sonnette d'alarme se fait entendre aussitôt qu'ils apprennent que je prends de la méthadone ou que j'ai déjà consommé. Il n'y a aucun doute que j'ai reçu des traitements différents pour cette raison » (p. 118) [94].

Dans une autre étude sur les obstacles qui se dressent devant les usagers de drogues par injection, une participante a relaté une expérience semblable :

« Ils me parlaient comme si j'étais un déchet. [...] Cet endroit est insupportable, mais je crains que si je me rends à une autre clinique de chirurgie, ils ne me donneront rien. Alors je ferai quoi? Je suis dans le pétrin » (p. 149) [95].

D'autres articles scientifiques décrivent de quelle manière le système de santé dépriorise les personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances. Lorsque les ressources sont limitées (ce qui est presque toujours le cas), on note une tendance à traiter les problèmes de santé physique en priorité, avant les problèmes de santé mentale et de consommation de substances [96]. Les pratiques de triage en vigueur dans les services d'urgence pourraient refléter le faible rang de priorité accordé aux personnes ayant un vécu expérientiel (par l'assignation systématique à une catégorie non urgente et par une augmentation du temps d'attente pour des soins d'urgence) [84, 85]. Un participant à une recherche étudiant les expériences de personnes ayant des problèmes de consommation de substances a illustré comment ce problème se manifeste dans les services d'urgence :

« Aux urgences, [...] [si] un utilisateur de drogues injectables se présente avec une cellulite en même temps qu'un homme âgé présentant aussi une cellulite — causée par son diabète, par exemple — et que vous n'avez qu'une place, nous savons tous lequel des deux sera traité, pas vrai? Même si la cellulite de l'utilisateur de drogues injectables est pire. Parce que c'est un drogué. On dira qu'il a couru à sa perte » (p. vi) [62].

Le fonctionnement des établissements de soins actifs (p. ex. services achalandés, manque de temps, système dépersonnalisé) et leur environnement physique (p. ex. non thérapeutique, stérile, dépourvu d'intimité, bruyant) représentent également des défis pour la prise en charge de personnes ayant des

problèmes de santé mentale et de consommation de substances [97]. Comme c'est le cas avec l'ombrage diagnostique, les professionnels de la santé peuvent négliger et déprioriser les besoins de santé physique des personnes ayant un vécu expérientiel [55]. Par exemple, des femmes souffrant de problèmes de santé mentale ont rapporté que les professionnels de la santé leur donnaient rarement l'occasion de discuter de questions ne concernant pas leur maladie mentale, comme le sexe et les cycles menstruels irréguliers [98]. Des études ont montré que certains fournisseurs de soins manifestaient un « désir de soigner moindre » à l'égard des personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances, ce qui résulte à la fois d'attitudes stigmatisantes et d'un manque de formation et de sensibilisation [99].

Les cadres utilisés pour mesurer la performance des systèmes de santé peuvent aussi contribuer à dévaloriser les problèmes de santé mentale et de consommation de substances. Des chercheurs ont fait remarquer que les systèmes de santé disposaient de relativement peu d'indicateurs de qualité pour mesurer les services ou les problèmes de santé mentale et de consommation de substances par rapport aux soins de santé physique [53, 61, 70], ce qui confirme l'adage « Ce qui est compté compte ». Certains ont aussi évoqué que les indicateurs de performance existants relatifs à la qualité des soins de santé mentale et de dépendances étaient mal appliqués et mal mesurés [61].

Soins désintégrés et fragmentés

Les soins fragmentés sont le type de soins que les personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances reçoivent par défaut [53]. Malgré la forte relation entre santé mentale, consommation de substances et santé physique, les services offerts pour chacun de ces problèmes sont généralement offerts dans des établissements distincts par des groupes de praticiens distincts. La littérature décrit cette séparation artificielle — de même que le manque de coordination et de collaboration interorganisme au sein du système — comme étant un frein majeur à l'offre de soins de santé aux personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances [27, 55, 70, 100]. Les politiques et les systèmes qui fragmentent et verticalisent les soins (p. ex. cliniques distinctes, marquage des dossiers de patients pour les distinguer) favorisent la stigmatisation, entravent l'accès aux soins et génèrent de faibles résultats de santé [25].

Des chercheurs notent que les soins fragmentés sont l'un des héritages de la désinstitutionnalisation [101]. Au lieu de recevoir des services dans un même établissement (p. ex. une grande clinique psychiatrique), les gens doivent faire appel à plusieurs sous-systèmes caractérisés par un manque d'intégration, de coordination et de continuité pour combler leurs besoins de soins [32]. Cet héritage complique les cheminements de soins des personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances, qui sont ballottées d'un praticien ou d'un établissement à l'autre. Il alimente également le problème des professionnels de la santé qui perçoivent certains problèmes de santé comme étant au-delà de leur champ de pratique [32].

Malgré la forte prévalence des problèmes de santé physique chez les personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances, les praticiens de ces secteurs de services ne sont peut-être pas tous conscients que leur champ de pratique couvre aussi les besoins en matière de santé physique de leurs patients. En conséquence, ils n'offrent pas toujours le dépistage, l'évaluation ou la planification des soins pour les problèmes de santé physique [31, 55]. De la même façon, les fournisseurs de soins de santé physique ne considèrent pas nécessairement que leur rôle et leurs responsabilités incluent le traitement des problèmes de santé mentale et de consommation de

substances [102], ce qui exacerbe bon nombre des obstacles énumérés précédemment, comme l'ombrage porté sur le diagnostic et le traitement, le déni d'accès aux services et la dépriorisation des personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances. La réticence des professionnels de la santé physique à traiter les problèmes de santé mentale de leurs patients a été décrite comme suit par un participant à une recherche sur les obstacles rencontrés par les personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances lorsqu'elles tentent d'obtenir des soins de santé primaires :

« Ils vous envoient un message subtil disant : "Je suis ici uniquement pour voir à votre santé physique". Ils ne s'attardent pas au portrait d'ensemble, ne cherchent pas à comprendre l'effet de la santé mentale sur la santé globale. [...] Ils vous disent : "Désolé, je ne peux pas vous aider. J'aimerais vous aider, mais je m'occupe seulement du corps." » (p. 7) [89].

Ce type d'expériences est particulièrement préoccupant puisque c'est dans les centres de soins primaires que les gens sont le plus susceptibles de demander de l'aide pour des problèmes de santé mentale et de consommation de substances [27].

À cette réticence des professionnels de la santé s'ajoute le manque de formations et d'efforts de sensibilisation leur permettant d'acquérir les connaissances et les compétences nécessaires pour évaluer et traiter des problèmes liés à la santé physique, la santé mentale et la consommation de substances [32]. Les professionnels de la santé mentale ne possèdent pas toujours les connaissances et la confiance pour traiter les problèmes de santé physique et de consommation de substances [31]; les fournisseurs de services de dépendances ne sont pas nécessairement à l'aise avec les problèmes de santé mentale et de santé physique; et les fournisseurs de soins de santé physique n'ont souvent pas les compétences pour reconnaître et combler les besoins liés à la santé mentale et à la consommation de substances. Des employés d'unités de soins actifs ont affirmé que leurs faibles connaissances en matière de santé mentale (et le sentiment d'insuffisance qui en découle) constituaient un obstacle de taille à l'offre de soins efficaces aux personnes vivant avec des problèmes de santé mentale [97]. De la même façon, les médecins de première ligne œuvrant dans les établissements communautaires n'ont pas nécessairement acquis les connaissances et les compétences requises pour traiter des troubles liés à la consommation de substances. Comme mentionné par un participant à une étude sur la perception des médecins à l'égard des personnes ayant un problème de consommation d'opioïdes, « le sujet des troubles de toxicomanie a été passé rapidement. Nous n'avons pas beaucoup appris sur ce domaine de la médecine dans notre formation formelle, [...] ceux qui le voulaient devaient activement chercher des occasions d'apprentissage. C'était un sujet plutôt marginal » (p. 350) [103].

Mauvaise qualité des soins de santé

Bien des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale et de consommation de substances reçoivent des soins de santé efficaces, empreints de compassion [96]. Toutefois, de nombreuses études ont souligné que les interactions stigmatisantes sont omniprésentes dans les soins de santé [45-47, 67]. La stigmatisation entourant les problèmes de santé mentale et de consommation de substances a des effets néfastes sur la qualité des services de santé que les personnes ayant un vécu expérientiel reçoivent. Cette incidence est considérée comme l'une des formes les plus pernicieuses et puissantes de stigmatisation structurelle [35, 70, 82, 104].

Malheureusement, les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale et de consommation de substances s'attendent désormais à l'iniquité et à l'injustice lorsqu'elles font appel au système de santé [96]. Leur scepticisme à l'égard de l'efficacité des services de santé mentale et de dépendances met un frein supplémentaire à leur recherche d'aide [43]. Cette perception est en partie attribuable à l'absence de pratiques fondées sur des données probantes dans les services de santé mentale et de dépendances, ainsi qu'à la plus faible qualité des soins qui leur sont fournis [53]. Par exemple, une étude a révélé que le fait de souffrir d'une maladie mentale augmentait la probabilité qu'une personne soit admise à un établissement de santé (maison de soins) offrant des soins cliniques de qualité insuffisante [105]. Les interactions négatives avec les praticiens sont aussi très fréquentes dans les expériences des personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances dans les soins de santé [62, 104, 106, 107]. La stigmatisation structurelle sous forme de soins de santé de qualité médiocre contribue considérablement aux disparités en matière de santé et aux traitements inéquitables [108].

Cette analyse a repéré dans la littérature trois éléments fréquemment cités en lien avec la mauvaise qualité des soins de santé reçus par les personnes ayant un vécu expérientiel : les attitudes et les pratiques négatives des professionnels de la santé, les interactions néfastes déclarées par les personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances, ainsi que le recours excessif à des méthodes coercitives dans le système de santé.

Attitudes négatives et mauvaises pratiques

Les attitudes et les pratiques des fournisseurs de soins ont une incidence sur la qualité de leurs interactions avec les personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances. En effet, elles exercent un effet notable sur les processus thérapeutiques, la qualité des soins et les résultats de santé [109]. Certains chercheurs dissocient ces attitudes et comportements de la stigmatisation structurelle et préfèrent les regrouper dans un domaine distinct (parfois nommé « stigmatisation professionnelle ») [110]. Pour plusieurs raisons, la définition de la stigmatisation structurelle utilisée dans le présent rapport inclut les attitudes et les comportements des praticiens.

Non seulement les praticiens sont des agents du système de santé, et, par conséquent, des composantes structurelles essentielles des organisations et des systèmes, ils deviennent également des agents de la stigmatisation structurelle lorsqu'ils adoptent des pratiques stigmatisantes [67]. La recherche montre que la stigmatisation structurelle se manifeste le plus communément dans la sphère des pratiques professionnelles, notamment dans les pratiques et les procédures non écrites des fournisseurs de soins [1]. Les pratiques des professionnels de la santé sont le reflet de la culture, des ressources et des politiques organisationnelles [24]. Par exemple, les pratiques coercitives employées par les praticiens pourraient être le produit des politiques axées sur la réduction des risques, les traitements obligatoires et les soins institutionnels [24]. Lorsque les pratiques injustes des professionnels sont récurrentes dans un système institutionnel donné, qu'elles sont tolérées ou excusées par les dirigeants organisationnels — et qu'elles ne sont pas corrigées en dépit de problèmes connus —, elles témoignent d'une stigmatisation structurelle [1].

Les attitudes négatives sont reconnues comme un moteur de stigmatisation dans les établissements de soins de santé et comme un obstacle majeur aux soins [25, 55, 97, 111]. De nombreuses revues de littérature ont été publiées sur ce sujet [24, 112-121]. Ces études ont généralement montré que les professionnels de la santé ont tendance à avoir une vision négative des personnes ayant des problèmes

de santé mentale et de consommation de substances; toutefois, des opinions positives ressortent également [119-121]. Les professionnels de la santé sont nombreux à croire que les personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances sont manipulatrices, qu'elles sont responsables de leurs problèmes de santé, qu'elles font un usage abusif et incorrect des ressources, qu'elles ne sont pas investies dans leur propre santé et qu'elles ne méritent pas de recevoir des services [119, 122, 123]. Les professionnels de la santé ont aussi des attentes réduites à l'égard des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale et de consommation de substances. Une telle conception – aussi appelée nihilisme thérapeutique ou pessimisme pronostique – porte les praticiens à croire que les personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances sont moins susceptibles que les autres de suivre les plans de traitement recommandés, d'apporter des changements sains à leur mode de vie, de connaître du succès dans différents domaines (p. ex. l'emploi, l'éducation, les relations) et de parvenir au bien-être et au rétablissement [35, 82]. Un groupe de chercheurs a décrit le problème dans les termes suivants :

« La perpétuation d'une vision sombre, dépassée et pessimiste où les maladies s'aggravent invariablement et où les résultats sont négatifs est l'expression d'une attitude stigmatisante à l'égard de l'évolution de la maladie. Cette vision maintient et renforce la stigmatisation associée à la maladie mentale » (p. 166) [124].

La littérature suggère une association entre les attitudes stigmatisantes et les mauvaises pratiques cliniques et, conséquemment, les piètres résultats de santé des personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances. Toutefois, la relation entre les attitudes et les pratiques dans les soins de santé est mal comprise. Les chercheurs sont d'avis que les attitudes négatives des professionnels de la santé contribuent à la création d'un environnement de soins anti-thérapeutique qui permet le recours systématique à des pratiques répréhensibles. Ces pratiques sont les suivantes : (1) l'ombrage porté au diagnostic et au traitement, (2) les comportements dépourvus de compassion et de soutien, (3) les approches paternalistes et non collaboratives, (4) la retenue d'information et de services, (5) l'emploi de méthodes dépersonnalisées axées sur les tâches et (6) l'exclusion ou le rejet des personnes par rapport aux services [1, 25, 31, 119, 121]. Au-delà des suppositions, certaines données empiriques attestent que les attitudes à l'égard des problèmes de santé mentale et de consommation de substances influencent les pratiques [24]. Par exemple, une étude menée auprès de 387 médecins de première ligne en Amérique latine a établi que des niveaux élevés d'attitudes stigmatisantes face aux problèmes de santé mentale étaient associés au sentiment d'être mal préparé à traiter des personnes aux prises avec des troubles mentaux communs [125]. Les attitudes stigmatisantes augmentaient également la probabilité que les médecins de première ligne orientent une personne souffrant de problèmes concomitants de dépression et de maladie physique vers un spécialiste (p. ex. un psychiatre) plutôt que de poursuivre leur traitement dans un centre de soins primaires. En outre, cette recherche a révélé une association entre les attitudes stigmatisantes et une intention réduite de traiter les personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances [36, 110]. On a également établi un lien entre les attitudes et la qualité des soins. Une étude menée aux États-Unis a révélé que les attitudes favorables des médecins (n=270) à l'égard des problèmes de consommation de substances haussaient la probabilité qu'ils adoptent des pratiques cliniques appropriées [126]. Les médecins affichant des attitudes positives étaient plus nombreux à faire appel à des outils de dépistage officiels, à effectuer un dépistage chez tous leurs nouveaux patients, à offrir une aide tenant compte du niveau de préparation des gens, à orienter ceux-ci vers des traitements

au besoin et à proposer eux-mêmes de brèves interventions. La mesure dans laquelle les attitudes négatives se transposent en mauvaises pratiques cliniques mérite un examen plus approfondi.

Interactions et expériences néfastes dans les soins de santé

Les perceptions et les expériences des gens lorsqu'ils reçoivent des soins aident à mieux comprendre les problèmes liés à la qualité des services de santé. La recherche montre qu'une proportion substantielle des personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances vivent des interactions stigmatisantes dans divers établissements de soins (p. ex. les pharmacies, les cliniques dentaires, les services d'urgence, les unités de soins actifs, les centres de santé mentale, les services de dépendances) [58, 68, 94, 127-129]. La fréquence des expériences néfastes déclarées par les personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances a amené un groupe de chercheurs à conclure qu'elles constituaient un aspect déterminant des traitements [67]. Souscrivant à cette thèse, Knaak, Mantler et Szeto postulent que « l'omniprésence des interactions négatives déclarées laisse croire que le problème n'est pas limité à quelques fournisseurs insensibles, mais qu'il est plutôt de nature systémique, c'est-à-dire que le problème réside dans la priorisation et la perception des personnes souffrant de maladies mentales dans la culture des soins de santé » (p. 111) [130].

Les interactions néfastes dans les soins de santé sont bien documentées dans des études qui ont donné aux personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances l'occasion de décrire les expériences qu'elles ont vécues. Le présent rapport a précédemment mis en relief l'éventail de difficultés auxquelles les personnes ayant un vécu expérientiel font face, comme d'être traitées comme des personnes indignes de confiance et peu fiables, d'être refusées, de devoir attendre plus longtemps que les autres et de recevoir des soins inadéquats. Des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale et de consommation de substances ont également relaté des interactions avec des professionnels de la santé où elles se sont senties méprisées, privées de soins, dévalorisées, négligées, exclues, infantilisées, insuffisamment renseignées et examinées et médicamentées à la hâte [3, 26, 83, 94, 106, 124, 131, 132]. Un participant à une étude américaine sur les expériences de 66 usagers de drogues par injection a illustré ce sentiment de façon poignante : « Si un toxicomane se rend à l'hôpital, particulièrement s'il consomme des drogues par injection, il est traité de façon horrible. Sa vie n'a aucune valeur, il est considéré comme un citoyen de deuxième ou de troisième classe. C'est triste » (p. 107) [131].

Les interactions néfastes avec les professionnels de la santé interrompent l'amorce et la continuité des soins prodigués aux personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances [8, 84]. Un examen systématique a montré que des « facteurs liés aux services », notamment le sentiment d'être jugé et maltraité par les fournisseurs de soins, dissuadent les personnes souffrant de psychose de demander de l'aide [133]. Une autre étude a établi que les personnes se présentant comme transgenres étaient moins susceptibles de demander des soins de santé mentale si elles avaient précédemment vécu des expériences négatives dans le système de santé mentale ou si elles connaissaient une personne qui avait vécu de telles expériences [134]. En plus de dissuader la demande d'aide, les interactions négatives ont le potentiel de nuire aux relations avec les professionnels de la santé [106] et de réduire la motivation des gens à suivre leurs traitements et le taux d'achèvement de ceux-ci [135]. Le fait d'avoir vécu une expérience néfaste dans les soins de santé amène aussi les gens à cacher certains problèmes afin d'éviter la stigmatisation et d'accroître leurs chances de recevoir des

soins de meilleure qualité, ce qui pourrait ultimement compromettre l'efficacité des soins qu'ils reçoivent [45].

Recours excessif à la coercition, à la contrainte et aux approches punitives

La stigmatisation structurelle dans les établissements de santé se manifeste entre autres par une philosophie de coercition qui sous-tend la prestation de services de santé mentale et de dépendances [1, 70, 136]. Le grand public tend à appuyer massivement le recours à des méthodes coercitives à l'égard des personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances, un point de vue nourri par la reproduction à grande échelle de stéréotypes négatifs (p. ex. la croyance que les personnes souffrant de maladie mentale seraient dangereuses) [109, 137]. Les lacunes du système de santé mentale décrites précédemment (p. ex. l'accès inéquitable, la mauvaise qualité des soins) font place à un contexte où les hospitalisations involontaires, les traitements communautaires obligatoires, la médication forcée et d'autres formes coercitives de soins sont plus fréquents qu'ils devraient l'être. En conséquence, les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale et de consommation de substances courent un risque beaucoup plus élevé que les autres de voir leurs droits et leurs libertés bafoués. Le recours croissant à des interventions hybridées mêlant santé et justice (p. ex. santé mentale judiciaire, tribunaux de la santé mentale ou des dépendances, équipes policières d'intervention en cas de crise) comme moyen d'offrir un accès à des services de santé accentue cette problématique puisqu'elle favorise les interventions coercitives et renforce la criminalisation des personnes ayant un vécu expérientiel. Des chercheurs ajoutent que la stigmatisation contribue à maintenir la surdépendance à des formes de soins institutionnelles et restrictives pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances [24].

Plusieurs études analysant les facteurs qui influencent la décision des gens de demander des services de santé ont montré que la peur de subir des interventions coercitives avait un fort effet dissuasif [7, 26, 43, 138-140]. C'est particulièrement vrai pour les services de santé mentale et de dépendances. Par exemple, dans une étude sur les obstacles à l'obtention de soins menée auprès de 202 utilisateurs de services de santé mentale, 77 % des participants craignaient d'être hospitalisés contre leur gré [8]. L'évitement des services de santé pourrait aussi être alimenté par la peur de subir des conséquences punitives, ce qui est tout à fait envisageable pour les personnes consommant des substances criminalisées. Les parents ayant des problèmes liés à la santé mentale ou à la toxicomanie peuvent craindre que l'utilisation de services de santé entraîne le retrait de leurs enfants [62]. De même, les personnes vivant des effets indésirables dus à la consommation de substances peuvent être réticentes à demander de l'aide par crainte des répercussions potentielles. Les effets de la méfiance et de la peur sont particulièrement puissants chez les personnes hautement marginalisées et celles qui ont été exposées à de mauvais traitements historiques et actuels dans le système de santé (p. ex. les personnes racialisées, les Autochtones, les immigrants) [23, 141]. Cette position a été résumée par une participante à une recherche sur la stigmatisation associée à la consommation d'opioïdes : « Ce qu'il faut retenir, c'est que les populations marginales ne font pas confiance au système de soins de santé. Leur méfiance est profonde » (p. 16) [62].

Les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale et de consommation de substances qui ont subi des expériences de coercition tendent à voir celles-ci comme une forme de stigmatisation [24, 132, 142, 143]. Elles citent en exemple des pratiques précises, comme le recours à la pression pour imposer des traitements ou faire appliquer une règle abusive, qui accentuent leur sentiment de

stigmatisation dans les établissements de soins de santé [67, 107, 144]. Dans de telles situations, les gens se sentent menottés, comme le souligne un participant à une étude examinant le parcours des personnes recevant des traitements communautaires obligatoires en santé mentale au Canada : « Je me suis senti impuissant pendant dix ans. On me traitait comme si j'étais incapable de prendre mes propres décisions » (p. 3) [142]. La stigmatisation structurelle est également perpétuée par l'échec du gouvernement à faire contrepoids aux interventions coercitives; notamment, en assurant un accès équitable à des soins de santé volontaires de haute qualité, en permettant un accès facile à des services de conseil juridique et de représentation, ainsi qu'en procédant à une évaluation rigoureuse de la mesure dans laquelle les pratiques et les politiques coercitives produisent les effets escomptés (p. ex. améliorer des résultats de santé) en comparaison avec leurs conséquences collatérales (p. ex. dissuader la demande d'aide, réduire l'adhésion au traitement) [1].

Lutter contre la stigmatisation structurelle dans les soins de santé

« On peut donner des ateliers jusqu'à la fin des temps, mais ce qu'il faut en réalité, c'est de changer les structures »
(p. 35)

Un participant à la recherche de Knaak et coll. [62]

La clé pour enrayer la stigmatisation structurelle dans les établissements de soins de santé est de définir et d'aplanir les obstacles institutionnels et systémiques, ainsi que de réduire les iniquités qui restreignent l'accès à des soins de qualité [92, 93, 145]. L'objectif est de permettre aux personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances de mener une vie plus saine et plus longue. Comme décrit ci-dessus, les systèmes de santé vont à l'encontre de cet objectif (1) en distribuant les ressources de façon inéquitable, (2) en traitant insuffisamment les problèmes de santé et en refusant des services, (3) en fragmentant les soins, (4) en tolérant des attitudes négatives et des mauvaises pratiques chez les professionnels de la santé, (5) en favorisant les expériences indésirables dans les soins de santé et (6) en faisant une utilisation excessive d'approches coercitives et paternalistes.

Les cadres établis de réduction de la stigmatisation peuvent fournir des indications utiles pour enrayer la stigmatisation structurelle dans les établissements de santé. Par exemple, Arboleda-Flòrez et Stuart ont mis en lumière six méthodes permettant de contrer efficacement la stigmatisation : la sensibilisation, la protestation, le contact, la réforme législative, la défense des droits et l'autogestion de la stigmatisation [3]. La stratégie proposée par Livingston pour éliminer la stigmatisation structurelle repose également sur six approches : l'action juridique et politique, la défense des droits, les initiatives inclusives, la réforme des soins de santé, la sensibilisation et la recherche [1]. Les stratégies recommandées ci-dessus comportent des éléments de ces deux cadres, de même que des méthodes additionnelles suggérées par d'autres chercheurs et experts en la matière. Il faut toutefois signaler que les données empiriques sont rares dans ce domaine. En effet, peu de recherches portent sur l'efficacité des stratégies de réduction de la stigmatisation au niveau structurel [146], exception faite des programmes visant à améliorer les attitudes des praticiens et des stagiaires [147].

De manière générale, la littérature indique qu'une stratégie complète de lutte contre la stigmatisation structurelle dans les établissements offrant des soins aux personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances doit conjuguer différentes approches. Une telle stratégie poursuivrait les objectifs suivants :

1. Améliorer les attitudes et les pratiques des professionnels de la santé et d'autres intervenants (p. ex. les stagiaires, les décideurs).
2. Raffermer l'intégration et la coordination des soins.
3. Atteindre la parité au chapitre des problèmes de santé mentale et de consommation de substances.
4. Élargir l'accès à des traitements efficaces.
5. Mettre en place des mécanismes de surveillance de la stigmatisation structurelle.
6. Favoriser l'inclusion et la participation des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale et de consommation de substances.
7. Renforcer et faire respecter les mesures de protection des personnes ayant un vécu expérientiel.

1. Améliorer les attitudes et les pratiques

Étant donné que les personnes vivant avec des problèmes de santé mentale et de consommation de substances décrivent régulièrement les pratiques dans les soins de santé comme une importante source de stigmatisation, des efforts de sensibilisation et de formation des professionnels de la santé devraient être déployés [92, 119, 148]. Des programmes de formation et de perfectionnement professionnel sur la stigmatisation devraient être offerts pour enseigner aux praticiens (1) que leurs propres croyances et actions alimentent la stigmatisation, (2) quelles sont leurs obligations éthiques et juridiques en vertu de la législation anti-discrimination et (3) comment se manifeste la stigmatisation que les personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances vivent dans le système de santé [144, 149, 150]. En outre, les professionnels de la santé devraient recevoir davantage de formations sur les risques et les disparités en matière de santé physique propres aux personnes ayant un vécu expérientiel et sur les moyens d'améliorer leurs compétences et leur niveau de confort lorsqu'ils évaluent, surveillent et traitent des problèmes de santé mentale, de consommation de substances et de santé physique [32, 55, 151]. Il est également conseillé d'assurer que les praticiens sentent qu'ils ont les moyens et le soutien adéquat pour opérer des changements positifs dans leurs pratiques et au sein de leur organisation [144, 150]. Selon les recherches, les meilleurs programmes éducatifs de lutte contre la stigmatisation pour les praticiens incluent plusieurs formes de contact social avec des personnes ayant un vécu expérientiel et mettent fortement l'accent sur le rétablissement [149, 152].

L'atelier Comprendre la stigmatisation, un programme de deux heures axé sur les attitudes des professionnels de la santé, notamment, a démontré son efficacité [149, 150]. Élaboré en partenariat avec la CSMC, il couvre un éventail de sujets liés à la stigmatisation (p. ex. les mythes) et se sert de différentes méthodes (p. ex. exercices en groupe, discussions, films, témoignages de personnes ayant un vécu expérientiel) pour faire prendre conscience aux praticiens de leurs propres attitudes; pour les exposer à des récits de première main sur la maladie mentale, sur les interactions dans les soins de santé et sur le rétablissement; pour faciliter les contacts avec les personnes souffrant de maladie mentale; et pour leur donner les moyens d'effectuer des changements positifs. Des évaluations effectuées suite à la mise en œuvre de ce programme au Canada indiquent qu'il avait généré des

améliorations petites à moyennes dans les attitudes des praticiens à l'égard des problèmes de santé mentale [149].

Khenti, Bobbili et Sapag, quant à eux, décrivent l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation d'une initiative torontoise axée sur la stigmatisation entourant les problèmes de santé mentale et de consommation de substances dans les centres de soins de santé primaires [153]. Ce modèle comporte notamment des équipes locales; de la sensibilisation fondée sur l'interaction et des formations pour les fournisseurs de soins primaires; une campagne de lutte contre la stigmatisation destinée aux professionnels de la santé et au public; une série d'ateliers artistiques axés sur le rétablissement; et un examen des politiques et des procédures internes. Une évaluation a constaté que cette initiative avait généré des améliorations importantes, mais petites dans les connaissances et les attitudes des fournisseurs de soins primaires à l'égard des problèmes de santé mentale et de consommation de substances.

Bien que ce type de programmes ait démontré un certain succès en améliorant les connaissances et les attitudes des praticiens, la prudence reste de mise. Peu d'études ont évalué les retombées des formations anti-stigmatisation sur les comportements des praticiens et sur les résultats en santé [24, 154]. En conséquence, il subsiste des doutes quant à la capacité de ces programmes à corriger les pratiques dans les soins de santé, à améliorer les expériences des patients dans le système de santé et à résoudre les inégalités et les disparités en matière de santé. Aussi, alors que bon nombre de ces programmes sont des initiatives de formation courtes et ponctuelles, la recherche montre que des interventions approfondies faisant appel à des méthodes plus poussées sont plus susceptibles de produire des effets notables [154]. Des chercheurs soutiennent par ailleurs que les efforts de formation et de sensibilisation des professionnels de la santé déployés en l'absence d'autres changements organisationnels et systémiques n'ont qu'une incidence limitée sur la stigmatisation structurelle dans les établissements de soins de santé [24].

Il est également recommandé que d'autres groupes fassent l'objet d'initiatives de sensibilisation visant à réduire la stigmatisation structurelle. On pourrait par exemple élaborer de la documentation et offrir aux personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances des formations afin de les informer au sujet de leurs droits, de l'accès aux processus de plainte, de la disponibilité de mesures de soutien et d'organismes de défense des droits ainsi que d'avenues pour obtenir réparation (p. ex. les tribunaux des droits de la personne) [92]. À cet égard, on peut citer en exemple un recueil de documents axés sur le patient élaboré selon une approche de recherche participative en vue d'aider les habitants de la Colombie-Britannique à comprendre les droits garantis par le *Mental Health Act* [155]. Les étudiants se préparant à devenir des professionnels de la santé sont également un groupe clé que les initiatives éducatives de lutte contre la stigmatisation devraient cibler. Plusieurs programmes ont démontré leur efficacité à améliorer les attitudes des étudiants en médecine et en soins infirmiers face au travail auprès des personnes ayant un vécu expérientiel [113, 147, 156-158]. Les initiatives d'éducation peuvent également s'adresser à des intervenants ayant une influence sur les ressources, les lois et les politiques relatives aux soins de santé, par exemple les législateurs, les dirigeants de l'industrie des assurances et les administrateurs des soins de santé [1, 53, 69, 70, 144]. L'objectif est de sensibiliser les intervenants ciblés aux types de problèmes soulevés dans le présent rapport et de gagner leur appui à l'égard de la parité en santé mentale, d'interventions de santé publique visant à résoudre la problématique de la consommation de substances, ainsi qu'à d'autres efforts systémiques pouvant réduire la stigmatisation structurelle. Les données probantes sur la manière

d'améliorer les attitudes des décideurs et sur la mesure dans laquelle cette approche est susceptible d'influencer les lois, les politiques et l'attribution des ressources sont insuffisantes.

2. Raffermer l'intégration et la coordination des soins

Les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale et de consommation de substances rencontrent des difficultés de taille causées par la séparation systémique des services de santé physique, de santé mentale et de dépendances. L'intégration des sous-systèmes de soins est incontournable pour améliorer l'accès à des soins de qualité [35, 54-56, 70]. L'intégration des services de santé mentale et de dépendances est considérée comme un moyen efficace d'enrayer la stigmatisation structurelle [63, 159], comme le soutiennent Shim et Rust : « L'intégration de la santé mentale, des soins primaires et de la santé publique doit être au cœur de nos efforts pour générer des résultats de santé optimisés et plus équitables pour tous dans un environnement moins stigmatisant » (p. 776) [27].

Quelques-unes des stratégies favorisant l'intégration au niveau des systèmes sont le transfert des tâches (redistribution de responsabilités liées aux soins à d'autres secteurs); les formations interdisciplinaires; les modèles de soins collaboratifs; le regroupement des services; les dossiers médicaux électroniques réunissant les renseignements émanant de différents sous-systèmes; et les soins coordonnés par un gestionnaire de cas [25, 30, 33, 35, 53]. Une autre approche recommandée consiste à fixer des normes minimales en ce qui concerne les soins de santé physique prodigués aux personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances [30]. Par exemple, une association européenne de psychiatres a émis un énoncé de position contenant des normes à suivre pour le suivi et la gestion des maladies cardiovasculaires et du diabète à l'intention des psychiatres [30]. Des chercheurs estiment que l'évaluation et le suivi des besoins de santé physique devraient faire partie des tâches cliniques de routine des fournisseurs de services de santé mentale et de dépendances [30, 40, 55]. De la même façon, l'élaboration et la mise en œuvre de lignes directrices cliniques appuyant l'offre de traitements de maintien à la méthadone par les médecins de première ligne semblaient promettre une amélioration de l'accès aux services pour les personnes ayant des troubles liés à la consommation d'opioïdes en Nouvelle-Écosse [103]. Cunningham, Peters et Mannix ont aussi souligné que de meilleurs résultats pouvaient être atteints lorsque des infirmières praticiennes sont intégrées aux équipes de santé mentale et que les professionnels de la santé mentale (p. ex. des infirmières en santé mentale) reçoivent des formations et ont l'occasion de travailler en collaboration avec les médecins de première ligne [32].

Il est prouvé que les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale et de consommation de substances préfèrent recevoir les soins pour tous leurs besoins sous un même toit, comme l'a mentionné un participant à une étude sur les obstacles auxquels sont confrontées les personnes ayant un vécu expérientiel : « J'apprécie que le [centre de santé communautaire] soit un guichet unique. On peut y faire appel à une infirmière. Voir un technicien en laboratoire. Consulter un médecin. Ils font les renvois nécessaires à l'intérieur de leur système » (p. 9) [89]. Pour répondre aux besoins de santé des gens de la manière évoquée par ce participant, un modèle de soins de santé interdisciplinaire, collaboratif et intégré doit être mis en place.

3. Atteindre la parité au chapitre des problèmes de santé mentale et de consommation de substances

Les services de santé mentale et de dépendances sont considérablement sous-financés. Cette insuffisance est le produit d'iniquités passées et présentes dans l'attribution de ressources par les gouvernements et dans les prestations offertes par les assureurs de soins de santé. En conséquence, il est d'une importance capitale d'établir la parité dans les soins pour les problèmes de santé mentale et de consommation de substances; certains affirment même qu'elle constitue un droit fondamental [30]. La question de la parité est étroitement liée à celle de la stigmatisation [160], puisque la stigmatisation relève fondamentalement de l'égalité des personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances et de la valeur qui leur est accordée par rapport à celles souffrant de problèmes de santé physique.

La législation sur la parité, comme le *Mental Health Parity and Addiction Equity Act*, aux États-Unis (adopté en 2008), a été reconnue comme un puissant moteur pour l'avancement des droits, la lutte contre la stigmatisation structurelle et la réduction des disparités en santé [61, 70]. Elle vise à corriger les iniquités en matière de soins de santé par plusieurs moyens, par exemple en obligeant les compagnies d'assurance à couvrir les problèmes de santé mentale et de consommation de substances dans la même mesure que les problèmes de santé physique; en éliminant ou en limitant les restrictions de couverture; et en retirant les clauses malavisées relatives aux problèmes de santé mentale et de consommation de substances des polices d'assurance [53, 70, 71]. Pourtant, malgré leur potentiel d'améliorer l'égalité entre les services de santé physique et les services de santé mentale et de dépendances, des observateurs avertissent qu'un financement et un accès aux soins accrus ne sont pas gages de soins de meilleure qualité [70]. Pour cette raison, les revendications de parité entendues au Canada sont généralement plus stratégiques : on souligne la nécessité que le gouvernement investisse de façon ciblée dans les thérapies subventionnées fondées sur des données probantes, dans un continuum de services intégrés et dans l'amélioration de la qualité des soins [56].

4. Élargir l'accès à des traitements efficaces

« Ne perdons pas de vue qu'un des meilleurs antidotes à la stigmatisation est un traitement efficace » (p. 35) [62]. Ce commentaire judicieux, émis par une participante à une étude sur la stigmatisation associée à la consommation d'opioïdes, met en relief la relation entre la stigmatisation et la qualité des soins. La stigmatisation crée un contexte social (p. ex. dévalorisation, sous-financement, dépriorisation) qui tolère des soins de qualité inférieure et qui freine la prestation de traitements fondés sur des données probantes aux personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances. Ce contexte dissuade ensuite les gens de demander de l'aide, contribue au sous-diagnostic et au sous-traitement des problèmes de santé physique et entraîne de mauvais résultats, dont le rétablissement retardé, l'excès de morbidité et la mortalité précoce.

L'offre de traitements efficaces aux personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances nécessite des investissements équitables dans la recherche afin de soutenir l'élaboration, l'évaluation et la mise en œuvre d'interventions fondées sur des données probantes. Elle requiert aussi un financement accru des services de santé mentale et de dépendances ainsi que des investissements plus intelligents. Les personnes aux prises avec des problèmes de santé

mentale et de consommation de substances devraient avoir accès à des soins de santé aussi diversifiés que les soins offerts aux personnes ayant des maladies physiques, de qualité égale à ceux-ci et répondant aux mêmes normes. En outre, pour accroître l'accès à des traitements efficaces, il faut éliminer les obstacles structurels qui empêchent l'expansion et l'adoption de pratiques et d'interventions fondées sur des données probantes, comme le traitement par agonistes opioïdes [93]. Des améliorations doivent également être apportées à d'autres dimensions de la qualité des soins (p. ex. les attitudes négatives, les pratiques discriminatoires, les interactions néfastes dans les soins de santé) qui détériorent les relations thérapeutiques et réduisent l'engagement dans les interventions en matière de soins de santé. Il pourrait aussi être nécessaire d'investir dans des approches (p. ex. rendre les installations physiquement plus attrayantes) qui déstigmatisent les services et qui réduisent la peur et la honte associées à leur utilisation, afin d'encourager les gens à demander de l'aide pour leurs problèmes de santé mentale et de consommation de substances [92].

De plus, un effort concerté doit être fait pour réduire les pratiques coercitives, les interventions obligatoires, les conséquences punitives et la criminalisation de manière à créer un système de santé plus efficace. La littérature réclame des investissements dans l'intervention précoce, la promotion de la santé et la prévention de la maladie, ainsi que dans l'orientation des systèmes vers des modèles de soins (p. ex. axés sur le rétablissement) qui appuient les gens dans leurs choix, qui répondent à leurs besoins et qui honorent leurs droits et leur dignité [1, 56]. Il est possible de favoriser le rétablissement à la suite de problèmes de santé mentale et de consommation de substances en mettant en place un système qui offre un éventail de services incluant, mais sans jamais s'y limiter, des interventions pharmacologiques et des services relatifs aux situations de crise, et qui correspond aux besoins, aux valeurs et aux préférences des gens.

5. Mettre en place des mécanismes de surveillance de la stigmatisation structurelle

Knaak, Patten et Ungar avancent que la meilleure façon d'éliminer la stigmatisation structurelle dans les établissements de santé pourrait être de mettre à profit des indicateurs de la qualité des soins, des normes et des processus permettant de cibler, de surveiller et d'éliminer les inégalités dans l'accès et dans la qualité [161]. Ils recommandent de présenter la stigmatisation comme une composante de la qualité des soins tout en employant un lexique et une logique qui sont familiers aux professionnels et aux administrateurs de la santé. Une telle approche pourrait accélérer l'adhésion aux initiatives de lutte contre la stigmatisation et réduire l'opposition à celles-ci dans les établissements de santé. Comme la stigmatisation structurelle correspond aux dimensions liées à l'équité des soins de santé, qui ont pour objectif commun de corriger l'injustice dans les politiques et les pratiques, il a été suggéré d'élaborer et de mettre en œuvre un « outil de vérification de l'équité » afin de renforcer la capacité à déceler, à surveiller et à éliminer les occurrences de stigmatisation structurelle (c.-à-d. les inégalités en santé) dans les établissements de soins [162].

Plusieurs outils mentionnés dans la littérature permettraient de surveiller la stigmatisation structurelle dans les soins de santé au niveau des établissements et des systèmes. Ces outils sont les suivants :

- L'Instrument d'évaluation en matière de santé mentale et de droits de la personne (élaboré pour la CSMC), conçu pour aider les gouvernements provinciaux et territoriaux à évaluer dans quelle

mesure la législation, les politiques et les normes sur la santé mentale font progresser les droits de la personne et sont conformes à la Convention relative aux droits des personnes handicapées de l'Organisation des Nations Unies (ONU) [136].

- L'Outil d'évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé (élaboré pour le ministère de la Santé de l'Ontario) et l'initiative QualityRights (créée pour l'Organisation mondiale de la Santé), qui servent à repérer et à enrayer la stigmatisation dans les politiques et les procédures internes des centres de soins primaires [153].
- L'échelle Discrimination and Stigma Scale, utilisée pour générer des données nationales sur la discrimination subie par les personnes ayant des problèmes de santé mentale (même si seulement deux questions ont trait aux expériences vécues dans les soins de santé) [163].

Le recours à de tels outils pour recueillir des données sur les manifestations de la stigmatisation structurelle dans les programmes, les établissements ou les systèmes de santé comporte plusieurs avantages potentiels. Ces outils peuvent notamment aider les administrateurs des soins de santé à cerner les domaines stratégiques où des améliorations sont requises, à aider les communautés à promouvoir le changement, à mobiliser l'appui des décideurs, à effectuer des comparaisons dans le temps et entre établissements et à évaluer des interventions de lutte contre la stigmatisation [24, 164].

La recherche et la compilation de données longitudinales de sources existantes, comme les indicateurs de performance pertinents, les mesures relatives à l'accréditation, les dépenses en santé, les niveaux de services dans le système de santé, les temps d'attente, les plaintes de patients enregistrées, les efforts liés aux poursuites privées, les mesures gouvernementales d'application et les causes relatives aux droits de la personne, constitueraient également un moyen efficace de surveiller la performance des systèmes en ce qui concerne la stigmatisation structurelle [52, 53, 164, 165]. Certains chercheurs ont aussi suggéré de faire le suivi des marqueurs de substitution relatifs aux inégalités en matière de soins (p. ex. les taux d'appendicite avec rupture) chez les personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances [35] et de doter les processus d'accréditation d'indicateurs ayant trait à la réduction de la stigmatisation et à l'engagement du patient [92, 130].

Le corpus de recherches primaires étudiant les expériences dans les soins de santé des personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances est l'une des principales sources d'information sur laquelle le présent rapport est basé. Des investissements continus dans ce type de recherches sont absolument essentiels pour élargir nos connaissances sur la stigmatisation structurelle et pour reconnaître correctement les problèmes et les solutions [144].

6. Inclusion et participation des clients

Un des moyens de contrecarrer les effets d'exclusion de la stigmatisation structurelle est de créer des occasions d'inclusion et de participation pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances dans les établissements de soins de santé [1]. Les chercheurs insistent massivement sur l'importance de promouvoir une véritable participation dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des services de santé [166]. Les organisations de soins de santé devraient assurer que les personnes ayant un vécu expérientiel participent aux processus décisionnels concernant les services de santé, comme la supervision de la qualité des traitements, le repérage des obstacles structurels ainsi que la conception et la mise en œuvre d'améliorations [66]. Un engagement accru des

professionnels de la santé dans la prise de décisions partagée, de sorte à collaborer avec le patient pour l'aider à faire des choix quant à ses soins, peut également améliorer la perception qu'ont les personnes ayant un vécu expérientiel de la qualité des soins et exercer un effet positif sur leur santé [167].

L'embauche et le soutien de personnes ayant un vécu expérientiel en tant que travailleurs de soutien par les pairs, pairs navigateurs, promoteurs ou conférenciers dans le cadre de programmes éducatifs de lutte contre la stigmatisation favorise leur inclusion, tout en améliorant leurs résultats de santé. Leur participation à la planification et au déploiement de tous les efforts de lutte contre la stigmatisation est un élément important des initiatives anti-stigmatisation [92]. Comme mentionné plus haut, les mesures de rendement organisationnel devraient comporter des indicateurs d'inclusion et de participation [92, 168].

7. Renforcer et faire respecter les mesures de protection des personnes ayant un vécu expérientiel

Étant donné que la stigmatisation structurelle repose souvent sur les lois et les politiques, la réforme de ces dernières est essentielle pour améliorer l'accès à des soins de qualité pour les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale et de consommation de substances [3, 82]. Ce processus inclut le repérage des lois et des politiques de soins de santé qui alimentent la stigmatisation structurelle ainsi que leur amendement ou leur abrogation. En parallèle, les organismes d'accréditation ont aussi un rôle à jouer; ils doivent veiller à ce que les organisations de soins de santé élaborent et mettent en œuvre des politiques qui respectent les droits de la personne, qui préviennent les pratiques coercitives, qui réduisent l'iniquité et les disparités, qui assurent un accès à des soins de qualité et qui favorisent la participation des personnes ayant un vécu expérientiel [58, 169].

Une réforme de la législation et des politiques doit également prévoir l'adoption de lois antidiscriminatoires de même que l'attribution de ressources suffisantes pour les mettre en œuvre, vérifier leur application et assurer leur exécution [92]. L'incapacité des gouvernements à assurer le respect des droits de la personne constitue un défaut majeur de ces lois [165], un fait noté en lien avec la Convention relative aux droits des personnes handicapées de l'ONU [170]. Ses pays signataires, dont le Canada fait partie, négligent de surveiller l'adhésion à la Convention et n'y sont pas conformes, y compris à l'article 25, qui exige que les États Parties « fournissent aux personnes handicapées des services de santé gratuits ou d'un coût abordable, couvrant la même gamme et étant de la même qualité que ceux offerts aux autres personnes » (p. 18). Des préoccupations semblables ont été exprimées au sujet des mesures de protection offertes aux personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances dans le *Americans with Disabilities Act* [94, 165]. L'adoption de lois et de politiques qui encouragent et aident les praticiens (p. ex. les pharmaciens, les médecins de première ligne) à préconiser des méthodes de réduction des préjudices fondées sur des données probantes, comme la distribution d'aiguilles propres et la prescription de méthadone, offre la promesse de réduire les traitements discriminatoires dont sont victimes les personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances dans le système de santé [103, 171].

L'élargissement de l'accès à de l'information liée aux droits, à des processus de plainte et à des services de conseil juridique et de représentation constitue un important moyen d'aider les personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances à dénoncer la stigmatisation structurelle lorsqu'elle se manifeste. Souvent, les iniquités persistent parce que des obstacles majeurs

(p. ex. les coûts) dissuadent les gens de les contester juridiquement [165]. L'embauche dans les soins de santé de travailleurs de soutien aux pairs capables de défendre les droits des personnes ayant un vécu expérientiel a été décrite comme un « moyen essentiel pour mettre fin aux cultures et aux pratiques discriminatoires systémiques, tout en offrant un soutien direct aux personnes concernées » (p. 93) [92].

Peu d'études ont analysé les effets des mesures législatives et politiques sur la stigmatisation structurelle [146]. Toutefois, quelques recherches font état de telles interventions, qui incluent les réformes politiques dans les soins de santé. Khenti et coll. présentent une étude d'intervention multidimensionnelle axée sur la réduction de la stigmatisation entourant la maladie mentale et la consommation de substances dans les centres de santé communautaires de Toronto [153]. Ce modèle mise sur des équipes locales; de la sensibilisation fondée sur l'interaction et des formations pour les fournisseurs de soins primaires; une campagne de lutte contre la stigmatisation destinée aux professionnels de la santé et au public; une série d'ateliers artistiques axés sur le rétablissement; et un examen des politiques et des procédures internes. L'examen des politiques avait pour but de déceler des « pratiques ou des procédures systémiques potentiellement stigmatisantes et discriminatoires faisant obstacle au rétablissement » (Figure 2 (v), para. 1) et comportait des éléments de la trousse d'outils QualityRights et de l'Outil d'évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé. Un des établissements de soins participants a entrepris l'examen des politiques en se concentrant sur les protocoles de résiliation, la gestion des comportements problématiques (p. ex., perturbateurs, violents) et les défections. (Malheureusement, une évaluation de son efficacité n'a pas encore été publiée.) Une autre étude décrivait une initiative visant à réduire la stigmatisation associée au VIH chez les employés d'hôpitaux au Vietnam. Cette intervention, composée de formations du personnel, de discussions régulières avec les employés et d'un examen des politiques de l'hôpital, visait à créer un environnement amical, respectueux et empreint de soutien pour les patients de l'établissement [172]. L'examen des politiques comportait un processus d'élaboration des politiques collaboratif ciblant plusieurs aspects, dont l'accès aux services, le counseling en matière de VIH et le dépistage de celui-ci, la confidentialité et les pratiques. Une liste de vérification a été dressée pour les employés de l'hôpital à des fins d'autoévaluation et pour vérifier leur recours à des pratiques stigmatisantes, comme d'afficher le statut VIH sur les dossiers médicaux ou sur les lits des patients. Une évaluation de cette intervention a révélé un recul des pratiques stigmatisantes.

Conclusion

Deux grandes questions articulaient le présent rapport. La première porte sur les effets de la stigmatisation structurelle sur les personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances dans les établissements de soins de santé. La réponse trouvée dans la littérature est sans équivoque : la stigmatisation structurelle accentue les disparités en matière de santé et les iniquités dans les soins de santé chez les personnes ayant un vécu expérientiel en compromettant l'accès de ces dernières à des soins de santé de qualité. En réponse à la deuxième question, qui cherchait des moyens de réduire la stigmatisation structurelle dans les établissements de soins de santé, les études proposent une stratégie misant sur une combinaison d'efforts :

- Améliorer les attitudes et les pratiques des professionnels de la santé et d'autres intervenants (p. ex. les stagiaires, les décideurs)

- Raffermer l'intégration et la coordination des soins
- Atteindre la parité au chapitre des problèmes de santé mentale et de consommation de substances
- Élargir l'accès à des traitements efficaces
- Mettre en place des mécanismes pour surveiller l'apparition de problèmes relatifs à la stigmatisation structurelle
- Favoriser l'inclusion et la participation des personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances
- Raffermer et faire respecter les mesures de protection des personnes ayant un vécu expérientiel

Le sujet de la stigmatisation structurelle dans les soins de santé couvre plusieurs aspects (p. ex. la stigmatisation, la qualité des soins de santé, les disparités en matière de santé, les droits des personnes handicapées), qui font tous l'objet de nombreuses recherches étayées par des spécialistes du domaine. Bien que ce rapport ait touché à tous ces aspects, l'élimination de la stigmatisation structurelle nécessitera la création de ponts et de synergies entre eux grâce à la formation d'équipes, de réseaux et de collaborations multidisciplinaires et diversifiés. Il a également été suggéré de combler les lacunes connues en matière de connaissances pour faire progresser ces travaux. Les enfants et les adolescents souffrant de problèmes de santé mentale et de consommation de substances étaient inclus dans la portée de cette analyse documentaire, mais les recherches sur la stigmatisation structurelle dans cette population sont rares. Les relations entre attitudes, comportements et résultats sont également insuffisamment étudiés. Par exemple, est-ce que la réduction des attitudes stigmatisantes chez les professionnels de la santé améliore leurs pratiques? Comment une telle réduction influence-t-elle l'expérience des gens dans les soins de santé, leur utilisation des services et leurs résultats en matière de santé? Les effets de différentes initiatives de lutte contre la stigmatisation structurelle, notamment les approches recommandées dans ce rapport, doivent impérativement faire l'objet d'études plus approfondies. Il est prioritaire de raffermer les fondements empiriques étayant les approches recommandées face à la stigmatisation structurelle dans les soins de santé, au-delà des programmes éducatifs de lutte contre la stigmatisation.

Références

1. Livingston, J. D. *Mental illness-related structural stigma: The downward spiral of systemic exclusion* (en ligne), 2013. Sur Internet : https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHCC_OpeningMinds_MentalIllness-RelatedStructuralStigmaReport_ENG_0_0.pdf
2. Link, B. G. et J. C. Phelan. « Conceptualizing stigma », *Annual Review of Sociology*, vol. 27 (2001), p. 363-385. doi:10.1146/annurev.soc.27.1.363
3. Arboleda-Flórez, J. et H. Stuart. « From sin to science: Fighting the stigmatization of mental illnesses », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 57 (2012), p. 457-463. doi:10.1177/070674371205700803
4. Keyes, K. M., M. L. Hatzenbuehler, K. A. McLaughlin, B. Link, M. Olfson, B. F. Grant et D. Hasin. « Stigma and treatment of alcohol disorders in the United States », *American Journal of Epidemiology*, vol. 172 (2010), p. 1364-1372. <https://doi.org/10.1093/aje/kwq304>
5. Clement, S., O. Schauman, T. Graham, F. Maggioni, S. Evans-Lacko, N. Bezborodovs, G. Thornicroft et coll. « What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies », *Psychological Medicine*, vol. 45 (2015), p. 11-27. doi:10.1017/s0033291714000129
6. Livingston, J. D. et J. E. Boyd. « Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis », *Social Science and Medicine*, vol. 71 (2010), p. 2150-2161. doi:10.1016/j.socscimed.2010.09.030
7. Kerridge, B. T., P. M. Mauro, S. P. Chou, T. D. Saha, R. P. Pickering, A. Z. Fan, D. S. Hasin et coll. « Predictors of treatment utilization and barriers to treatment utilization among individuals with lifetime cannabis use disorder in the United States », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 181 (2017), p. 223-228. doi:10.1016/j.drugalcdep.2017.09.032
8. Dockery, L., D. Jeffery, O. Schauman, P. Williams, S. Farrelly, O. Bonnington, S. Clement et coll. « Stigma- and non-stigma-related treatment barriers to mental healthcare reported by service users and caregivers », *Psychiatry Research*, vol. 228 (2015), p. 612-619. doi:10.1016/j.psychres.2015.05.044
9. Feder, K. A., R. Mojtabai, R. J. Musci et E. J. Letourneau. « U.S. adults with opioid use disorder living with children: Treatment use and barriers to care », *Journal of Substance Abuse Treatment* vol. 93 (2018), p. 31-37. doi:10.1016/j.jsat.2018.07.011
10. Pescosolido, B. A. « The public stigma of mental illness: What do we think; What do we know; What can we prove? », *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 54 (2013), p. 1-27. doi:10.1177/0022146512471197
11. Watson, A. C., P. W. Corrigan et B. Angell. « What motivates public support for legally mandated mental health treatment? », *Social Work Research*, vol. 29 (2005), p. 87-94. <https://doi.org/10.1093/swr/29.2.87>
12. Kennedy-Hendricks, A., C. L. Barry, S. E. Gollust, M. E. Ensminger, M. S. Chisolm et E. E. McGinty. « Social stigma toward persons with prescription opioid use disorder: Associations with public support for punitive and public health-oriented policies », *Psychiatric Services*, vol. 68 (2017), p. 462-469. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600056>
13. Angermeyer, M. C., H. Matschinger, B. G. Link et G. Schomerus. « Public attitudes regarding individual and structural discrimination: Two sides of the same coin? », *Social Science and Medicine*, vol. 103 (2010), p. 60-66. doi:10.1016/j.socscimed.2013.11.014
14. Pescosolido, B. A., J. Monahan, B. G. Link, A. Stueve et S. Kikuzawa. « The public's view of the competence, dangerousness, and need for legal coercion of persons with mental health problems », *American Journal of Public Health*, vol. 89 (1999), p. 1339-1345. doi:10.2105/ajph.89.9.1339
15. Corrigan, P. W., F. E. Markowitz et A. C. Watson. « Structural levels of mental illness stigma and discrimination », *Schizophrenia Bulletin*, vol. 30 (2004), p. 481-491. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007096>
16. Pachankis, J. E., M. L. Hatzenbuehler, K. Wang, C. L. Burton, F. W. Crawford, J. C. Phelan et B. G. Link. « The burden of stigma on health and well-being: A taxonomy of concealment, course, disruptiveness, aesthetics, origin,

and peril across 93 stigmas », *Personality and Social Psychology Bulletin*, vol. 44 (2018), p. 451-474.
<https://doi.org/10.1177/0146167217741313>

17. Birbeck, G. L., V. Bond, V. Earnshaw et M. L. El-Nasoor. « Advancing health equity through cross-cutting approaches to health-related stigma », *BMC Medicine*, vol. 17, article 40 (2019). doi:10.1186/s12916-019-1282-0
18. Livingston, J., N. Patel, S. Bryson, P. Hoong, R. Lal, M. Morrow et S. Guruge. « Stigma associated with mental illness among Asian men in Vancouver, Canada », *International Journal of Social Psychiatry*, vol. 64 (2018), p. 679-689. <https://doi.org/10.1177/0020764018805125>
19. Kidd, S. A., M. Howison, M. Pilling, L. E. Ross et K. McKenzie. « Severe mental illness in LGBT populations: A scoping review », *Psychiatric Services*, vol. 67 (2016), p. 779-783. doi:10.1176/appi.ps.201500209
20. Cole, E., G. Leavey, M. King, E. Johnson-Sabine et A. Hoar. « Pathways to care for patients with a first episode of psychosis: A comparison of ethnic groups », *British Journal of Psychiatry*, vol. 167 (1995), p. 770-776. doi:10.1192/bjp.167.6.770
21. Collins, P. Y., H. von Unger et A. Armbrister. « Church ladies, good girls, and locas: Stigma and the intersection of gender, ethnicity, mental illness, and sexuality in relation to HIV risk », *Social Science and Medicine*, vol. 67 (2008), p. 389-397. doi:10.1016/j.socscimed.2008.03.013
22. Gary, F. A. « Stigma: Barrier to mental health care among ethnic minorities », *Issues in Mental Health Nursing*, vol. 26 (2005), p. 979-999. <https://doi.org/10.1080/01612840500280638>
23. Lê Cook, B., S. S.-Y. Hou, S. Y. Lee-Tauler, A. M. Progovac, F. Samson, M. J. Sanchez. « A review of mental health and mental health care disparities research: 2011-2014 », *Medical Care Research and Review*, vol. 76 (2018), p. 683-710. <https://doi.org/10.1177/1077558718780592>
24. Henderson, C., J. Noblett, H. Parke, S. Clement, A. Caffrey, O. Gale-Grant, G. Thornicroft et coll. « Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings », *Lancet Psychiatry*, vol. 1 (2014), p. 467-482. doi:10.1016/S2215-0366(14)00023-6
25. Nyblade, L., M. A. Stockton, K. Giger, B. Bond, M. L. Ekstrand, R. McLean, E. Wouters et coll. « Stigma in health facilities: Why it matters and how we can change it », *BMC Medicine*, vol. 17, Article 25 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1256-2>
26. Thornicroft, G., D. Rose et A. Kassam. « Discrimination in health care against people with mental illness », *International Review of Psychiatry*, vol. 19 (2007), p. 113-122. <https://doi.org/10.1080/09540260701278937>
27. Shim, R. et G. Rust. « Primary care, behavioral health, and public health: Partners in reducing mental health stigma », *American Journal of Public Health*, vol. 103 (2013), p. 774-776. doi:10.2105/AJPH.2013.301214
28. Hatzenbuehler, M. L., J. C. Phelan et B. G. Link. « Stigma as a fundamental cause of population health inequalities », *American Journal of Public Health*, vol. 103 (2013), p. 813-821. doi:10.2105/AJPH.2012.301069
29. Link, B. et M. L. Hatzenbuehler. « Stigma as an unrecognized determinant of population health: Research and policy implications », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 41 (2016), p. 653-673. doi:10.1215/03616878-3620869
30. Lawrence, D. et S. Kisely. « Review: Inequalities in healthcare provision for people with severe mental illness », *Journal of Psychopharmacology*, vol. 24 (supplément 4) (2010), p. 61-68. <https://doi.org/10.1177/1359786810382058>
31. Chadwick, A., C. Street, S. McAndrew et M. Deacon. « Minding our own bodies: Reviewing the literature regarding the perceptions of service users diagnosed with serious mental illness on barriers to accessing physical health care », *International Journal of Mental Health Nursing*, vol. 21 (2012), p. 211-219. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2011.00807.x>
32. Cunningham, C., K. Peters et J. Mannix. « Physical health inequities in people with severe mental illness: Identifying initiatives for practice change », *Issues in Mental Nursing*, vol. 34 (2013), p. 855-862. <https://doi.org/10.3109/01612840.2013.832826>
33. Moore, S., D. Shiers, B. Daly, A. J. Mitchell et F. Gaughran. « Promoting physical health for people with schizophrenia by reducing disparities in medical and dental care », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 132 (2015), p. 109-121. <https://doi.org/10.1111/acps.12431>

34. Walker, E. R., R. E. McGee et B. G. Druss. « Mortality in mental disorders and global disease burden implications: A systematic review and meta-analysis », *JAMA Psychiatry*, vol. 72 (2015), p. 334-341. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.2502
35. Viron, M. J. et T. A. Stern. « The impact of serious mental illness on health and healthcare », *Psychosomatics*, vol. 51 (2010), p. 458-465. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(10\)70737-4](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(10)70737-4)
36. Liu, N. H., G. L. Daumit, T. Dua, R. Aquila, F. Charlson, P. Cuijpers, S. Saxena et coll. « Excess mortality in persons with severe mental disorders: A multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas », *World Psychiatry*, vol. 16 (2017), p. 30-40. <https://doi.org/10.1002/wps.20384>
37. Bartels, S. J. et P. DiMilia. « Why serious mental illness should be designated a health disparity and the paradox of ethnicity », *Lancet Psychiatry*, vol. 4 (2017), p. 351-352. doi:10.1016/S2215-0366(17)30111-6
38. Druss, B. G., L. Zhao, S. Von Esenwein, E. H. Marrato et S. C. Marcus. « Understanding excess mortality in persons with mental illness: 17-year follow up of a nationally representative US survey », *Medical Care*, vol. 49 (2011), p. 599-604. doi:10.1097/MLR.0b013e31820bf86e
39. Das-Munshi, J., C.-K. Chang, R. Dutta, C. Morgan, J. Nazroo, R. Stewart et M. J. Prince. « Ethnicity and excess mortality in severe mental illness: A cohort study », *Lancet Psychiatry*, vol. 4 (2017), p. 389-399. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(17\)30097-4](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(17)30097-4)
40. Janssen, E. M., E. B. McGinty, S. T. Azrin, D. Juliano-Bult et G. L. Daumit. « Review of the evidence: Prevalence of medical conditions in the United States population with serious mental illness », *General Hospital Psychiatry*, vol. 37 (2015), p. 199-222. doi:10.1016/j.genhosppsy.2015.03.004
41. Urbanoski, K. A., J. Cairney, D. G. Bassani et B. R. Rush. « Perceived unmet need for mental health care for Canadians with co-occurring mental and substance use disorders », *Psychiatric Services*, vol. 59 (2008), p. 283-289. <https://doi.org/10.1176/ps.2008.59.3.283>
42. Sunderland, A et L. C. Findlay. *Besoins perçus de soins de santé mentale au Canada : résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale (2012) (rapport 82-003-X)*. Consulté sur le site Web de Statistique Canada : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2013009/article/11863-fra.htm>
43. Alang, S. M. « Sociodemographic disparities associated with perceived causes of unmet need for mental health care », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, vol. 38 (2015), p. 293-299. doi :10.1037/prj0000113
44. Slaunwhite, A. K. « The role of gender and income in predicting barriers to mental health care in Canada », *Community Mental Health Journal*, vol. 51 (2015), p. 621-627. doi:10.1007/s10597-014-9814-8
45. Biancarelli, D. L., K. B. Biello, E. Childs, M. Drainoni, P. Salhaney, A. Edeza, A. R. Bazzi et coll. « Strategies used by people who inject drugs to avoid stigma in healthcare settings », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 198 (2019), p. 80-86. doi:10.1016/j.drugalcdep.2019.01.037
46. Brener, L., W. von Hippel, C. von Hippel, I. Resnick et C. Treloar. « Perceptions of discriminatory treatment by staff as predictors of drug treatment completion: Utility of a mixed methods approach », *Drug and Alcohol Review*, vol. 29 (2010), p. 491-497. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2010.00173.x>
47. Lawn, S. et J. McMahon. « Experiences of care by Australians with a diagnosis of borderline personality disorder », *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, vol. 22 (2015), p. 510-521. <https://doi.org/10.1111/jpm.12226>
48. Corker, E., S. Hamilton, C. Henderson, C. Weeks, V. Pinfold, D. Rose, G. Thornicroft et coll. « Experiences of discrimination among people using mental health services in England 2008-2011 », *British Journal of Psychiatry*, vol. 202 (2013), p. s58-s63. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.112912>
49. Evans-Lacko, S., S. Clement, E. Corker, E. Brohan, L. Dockery, S. Farrelly, P. McCrone et coll. « How much does mental health discrimination cost: Valuing experienced discrimination in relation to healthcare care costs and community participation », *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, vol. 24 (2015), p. 423-434. <https://doi.org/10.1017/s2045796014000377>
50. Osumili, B., C. Henderson, E. Corker, S. Hamilton, V. Pinfold, G. Thornicroft et P. McCrone. « The economic costs of mental health-related discrimination », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 134 (supplément 446) (2016), p. 34-44. <https://doi.org/10.1111/acps.12608>

51. Reavley, N. J., A. J. Morgan, D. Petrie et A. F. Jorm. « Does mental health-related discrimination predict health service use 2 years later? Findings from an Australian national survey », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* (2019), p. 1-8. doi:10.1007/s00127-019-01762-2
52. Van Horn, S. L. *The influence of structural stigma on mental illness: State level structural stigma and attitudes toward treatment seeking and quality of life*, (thèse électronique) (2019). Consulté sur le site Web du Electronic Theses and Dissertations Center de l'Université de Kent State : http://rave.ohiolink.edu/etdc/view?acc_num=kent1556276082580829
53. Sayer, J. *Structural stigma and health for persons with mental illness* (thèse) (2018). Consulté sur le site Web de l'Université de l'Illinois, à Chicago : <https://www.indigo.uic.edu/bitstream/handle/10027/22719/SAYER-DISSERTATION-2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
54. Corrigan, P. W., D. Mittal, C. M. Reaves, T. F. Haynes, X. Han, S. Morris et G. Sullivan. « Mental health stigma and primary health care decisions », *Psychiatry Research*, vol. 218 (2014), p. 35-38. doi:10.1016/j.psychres.2014.04.028
55. De Hert, M., D. Cohen, J. Bobes, M. Cetkovich-Bakmas, S. Leucht, D. M. Ndeti, C. U. Correll et coll. « Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level », *World Psychiatry*, vol. 10 (2011), p. 138-151. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2011.tb00036.x>
56. Association canadienne pour la santé mentale. *L'équité pour la santé mentale : Mettre fin à la disparité en santé au Canada* (2018). Sur Internet : <https://cmha.ca/wp-content/uploads/2018/09/CMHA-Parity-Paper-Full-Report-FR.pdf>
57. Podogrodzka-Niell, M. et M. Tyszkowska. « Stigmatization on the way to recovery in mental illness: The factors associated with social functioning », *Psychiatria Polska*, vol. 48 (2014), p. 1201-1211. doi:10.12740/PP/20364
58. Stuart, H., J. Arboleda-Florez et N. Satorius. *Paradigms lost: Fighting stigma and the lessons learned*, Toronto, Canada, Oxford University Press, 2012.
59. Pescosolido, B. A., J. K. Martin, A. Lang et S. Olafsdottir. « Rethinking theoretical approaches to stigma: A framework integrating normative influences on stigma (FINIS) », *Social Science and Medicine*, vol. 67 (2008), p. 431-440. doi:10.1016/j.socscimed.2008.03.018
60. Liese, B. H., R. S. F. Gribble et M. N. Wickremesinhe. « International funding for mental health: A review of the last decade », *International Health*, vol. 11 (2019), p. 361-369. <https://doi.org/10.1093/inthealth/ihz040>
61. Pugh, T., M. Hatzenbuehler et B. Link. *Structural stigma and mental illness*, 2015. Sur Internet : https://sites.nationalacademies.org/cs/groups/dbasssite/documents/webpage/dbasse_170045.pdf
62. Knaak, S., S. Mercer, R. Christie et H. Stuart. *La stigmatisation et la crise des opioïdes : Rapport final*. 2019. Sur le site Web de la Commission de la santé mentale du Canada : https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2019-07/Opioid_Report_july_2019_fr.pdf
63. Sapag, J. C., B. F. Sena, I. V. Bustamante, S. J. Bobbili, P. R. Velasco, F. Mascayano, A. Khenti et coll. « Stigma towards mental illness and substance use issues in primary health care: Challenges and opportunities for Latin America », *Global Public Health*, vol. 13 (2018), p. 1468-1480. doi:10.1080/17441692.2017.1356347
64. Henderson, C., S. Evans-Lacko et G. Thornicroft. « Mental illness stigma, help seeking, and public health programs », *American Journal of Public Health*, vol. 103 (2013), p. 777-780. doi:10.2105/AJPH.2012.301056
65. Johnson, P. J., J. Jou et D. M. Upchurch. « Psychological distress and access to care among midlife women », *Journal of Aging and Health* (2019). Publication en ligne anticipée. doi:10.1177/0898264318822367
66. Angermeyer, M. C. et B. Schulze. « Reducing the stigma of schizophrenia: Understanding the process and options for interventions », *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, vol. 10, no 1 (2001), p. 1-7. <https://doi.org/10.1017/S1121189X00008472>
67. Lee, S., M. Y. L. Chiu, A. Tsang, H. Chui et A. Kleinman. « Stigmatizing experience and structural discrimination associated with the treatment of schizophrenia in Hong Kong », *Social Science and Medicine*, vol. 62 (2006), p. 1685-1696. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.08.016>
68. Hinshaw, S. P. *The mark of shame: Stigma of mental illness and an agenda for change*, New York, Oxford University Press, 2007.

69. Corrigan, P. W. « Erase the stigma: Make rehabilitation better fit people with disabilities », *Rehabilitation Education*, vol. 20 (2006), p. 225-234. <https://doi.org/10.1891/088970106805065340>
70. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. *Ending discrimination against people with mental and substance use disorders*, 2016. Sur Internet : <https://www.nap.edu/catalog/23442/ending-discrimination-against-people-with-mental-and-substance-use-disorders>
71. Beyond Blue, Mental Health Australia. *Speak up and take action to reduce discrimination in insurance* (dépliant) (sans date). Sur Internet : <https://resources.beyondblue.org.au/prism/file?token=BL/1127>
72. Lam, R. W. et N. El-Guebaly. « Research funding of psychiatric disorders in Canada: A snapshot, 1990-1991 », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 39 (1994), p. 141-146. <https://doi.org/10.1177/070674379403900304>
73. Pincus, H. A. et T. Fine. « The “anatomy” of research funding of mental illness and addictive disorders », *Archives of General Psychiatry*, vol. 49 (1992), p. 573-579. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1992.01820070067010>
74. Barchas, J. D., G. R. Elliott, P. A. Berger, P. R. Barchas et F. Solomon. « The ultimate stigma: Inadequate funding for research on mental illness and addictive disorders », *American Journal of Psychiatry*, vol. 142 (1985), p. 838-839. <https://doi.org/10.1176/ajp.142.7.838>
75. Aoun, S., D. Pennebaker et R. Pascal. « 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*, vol. 28 (2004), p. 80-86. <https://doi.org/10.1111/j.1467-842X.2004.tb00637.x>
76. Christensen, H., P. J. Batterham, I. B. Hickie, P. D. McGorry, P. B. Mitchell et J. Kulkarni. « Funding for mental health research: The gap remains », *Medical Journal of Australia*, vol. 195 (2011), p. 681-684. <https://doi.org/10.5694/mja10.11415>
77. Hoagwood, K. E., M. Atkins, K. Kelleher, R. Peth-Pierce, S. Olin, B. Burns, S. M. Horwitz et coll. « Trends in children’s mental health services research funding by the National Institute of Mental Health from 2005 to 2015: A 42% reduction », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 57 (2018), p. 10-13. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.09.433>
78. Hazo, J.-B., J. Gervais, C. Gandré, M. Brunn, M. Leboyer et K. Chevreur. « European Union investment and countries’ involvement in mental health research between 2007 and 2013 », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 134 (2016), p. 138-149. <https://doi.org/10.1111/acps.12584>
79. Hazo, J.-B., C. Gandré, M. Leboyer, C. Obradors-Tarragó, S. Belli, D. McDaid, K. Chevreur et coll. « National funding for mental health research in Finland, France, Spain and the United Kingdom », *European Neuropsychopharmacology*, vol. 27 (2017), p. 892-899. doi:10.1016/j.euroneuro.2017.06.008
80. Jones, S., H. Howard et G. Thornicroft. « “Diagnostic overshadowing” : Worse physical health care for people with mental illness », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 118 (2008), p. 169-171. doi :10.1111/j.1600-0447.2008.01211.x
81. Goffman, E. « *Stigma: Notes on the management of spoiled identity* », Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice-Hall, 1963.
82. Schulze, B. et M. C. Angermeyer. « Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals », *Social Science and Medicine*, vol. 56 (2003), p. 299-312. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00028-X](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00028-X)
83. Gonzalez-Torres, M. A., R. Oraa, M. Aristegui, A. Fernandez-Rivas et J. Guimon. « Stigma and discrimination towards people with schizophrenia and their family members », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 42 (2007), p. 14-23. doi:10.1007/s00127-006-0126-3
84. Clarke, D. E., D. Dusome et L. Hughes. « Emergency department from the mental health client’s perspective », *International Journal of Mental Health Nursing*, vol. 16 (2007), p. 126-131. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2007.00455.x>
85. Bink, A. B. *Stigma and discrimination in behavioral and physical healthcare settings*, 2015. Sur Internet : https://sites.nationalacademies.org/cs/groups/dbassesite/documents/webpage/dbasse_170041.pdf
86. Koroukian, S. M., P. M. Bakaki, N. Golchin, C. Tyler et S. Loue. « Mental illness and use of screening mammography among Medicaid beneficiaries », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 42 (2012), p. 606-609. doi:10.1016/j.amepre.2012.03.002

87. Lord, O., D. Malone et A. J. Mitchell. « Receipt of preventive medical care and medical screening for patients with mental illness: A comparative analysis », *General Hospital Psychiatry*, vol. 32 (2010), p. 519-543. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2010.04.004>
88. Bearnot, B., J. A. Mitton, M. Hayden et E. R. Park. « Experiences of care among individuals with opioid use disorder-associated endocarditis and their healthcare providers: Results from a qualitative study », *Journal of Substance Abuse Treatment* vol. 102 (2019), p. 16-22. doi:10.1016/j.jsat.2019.04.008
89. Ross, L. E., S. Vigod, J. Wishart, M. Waese, J. D. Spence, J. Oliver, R. Shields et coll. « Barriers and facilitators to primary care for people with mental health and/or substance use issues: A qualitative study », *BMC Family Practice*, vol. 16, article 135 (2015), p. 1-13. doi:10.1186/s12875-015-0353-3
90. Brondani, M. A., R. Alan et L. Donnelly. « Stigma of addiction and mental illness in healthcare: The case of patients' experiences in dental settings », *PLoS ONE*, vol. 12 (2017), p. 1-13, e0177388. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0177388>
91. O'Reilly, C. L., D. Paul, R. McCahon, S. Shankar, A. Rosen et T. Ramzy. « Stigma and discrimination in individuals with severe and persistent mental illness in an assertive community treatment team: Perceptions of families and healthcare professionals », *International Journal of Social Psychiatry*, vol. 65 (2019), p. 570-579. <https://doi.org/10.1177/0020764019867358>
92. Lancaster, K., K. Seear et A. Ritter. *Reducing stigma and discrimination for people experiencing problematic alcohol and other drug use*, 2017. Sur le site Web de la Queensland Mental Health Commission : https://www.qmhc.qld.gov.au/sites/default/files/downloads/reducing_stigma_and_discrimination_for_people_experiencing_problematic_alcohol_and_other_drugs_ndarc_april_2017.pdf
93. Wakeman, S. E. et J. D. Rich. « Barriers to medications for addiction treatment: How stigma kills », *Substance Use and Misuse*, vol. 53 (2018), p. 330-333. <https://doi.org/10.1080/10826084.2017.1363238>
94. Earnshaw, V., L. Smith et M. Copenhaver. « Drug addiction stigma in the context of methadone maintenance therapy: An investigation into understudied sources of stigma », *International Journal of Mental Health Addiction*, vol. 11 (2013), p. 110-122. doi:10.1007/s11469-012-9402-5
95. Neale, J., C. Tompkins et L. Sheard. « Barriers to accessing generic health and social care services: A qualitative study of injecting drug users », *Health and Social Care in the Community*, vol. 16 (2008), p. 147-154. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2007.00739.x>
96. van Boekel, L. C., E. P. M. Brouwers, J. van Weeghel et H. F. L. Garretsen. « Inequalities in healthcare provision for individuals with substance use disorders: Perspectives from healthcare professionals and clients », *Journal of Substance Use*, vol. 21 (2016), p. 133-140. <https://doi.org/10.3109/14659891.2014.980860>
97. Giandinoto, J. et K. Edward. « Challenges in acute care of people with co-morbid mental illness », *British Journal of Nursing*, vol. 23 (2014), p. 728-732. <https://doi.org/10.12968/bjon.2014.23.13.728>
98. Rodolpho, J. R. C., L. A. K. Hoga, J. Reis-Queiroz et M. T. Jamas. « Experiences and daily life attitudes of women with severe mental disorders: Integrative review of associated factors », *Archives of Psychiatric Nursing*, vol. 29 (2015), p. 223-235. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.03.003>
99. Schultz, N. R., R. Martinez, M. A. Cucciare et C. Timko. « Patient, program, and system barriers and facilitators to detoxification services in the U.S. veterans health administration: A qualitative study of provider perspectives », *Substance Use and Misuse*, vol. 51 (2016), p. 1330-1341. <https://doi.org/10.3109/10826084.2016.1168446>
100. Brämberg, E. B., J. Torgerson, A. N. Kjellström, P. Welin et M. Resner. « Access to primary and specialized somatic health care for persons with severe mental illness: A qualitative study of perceived barriers and facilitators in Swedish health care », *BMC Family Practice*, vol. 19, article 12 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12875-017-0687-0>
101. Talbott, J. A. « Deinstitutionalization: Avoiding the disasters of the past », *Psychiatric Services*, vol. 55 (2004), p. 1112-1115. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.55.10.1112>
102. Arvaniti, A., M. Samakouri, E. Kalamara, V. Bochtsou, C. Bikos et M. Livaditis. « Health service staff's attitudes towards patients with mental illness », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 44 (2009), p. 658-665. doi:10.1007/s00127-008-0481-3

103. Livingston, J. D., E. Adams, M. Jordan, Z. MacMillan et R. Hering. « Primary care physicians' views about prescribing methadone to treat opioid use disorder », *Substance Use and Misuse*, vol. 43 (2018), p. 344-353. <https://doi.org/10.1080/10826084.2017.1325376>
104. Angermeyer, M. C., B. Schulze et S. Dietrich. « Courtesy stigma: A focus group study of relatives of schizophrenia patients », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 38 (2003), p. 593-602. doi:10.1007/s00127-003-0680-x
105. Li, Y., X. Cai et P. Cram. « Are patients with serious mental illness more likely to be admitted to nursing homes with more deficiencies in care? », *Medical Care*, vol. 49 (2011), p. 397-405. doi:10.1097/MLR.0b013e318202ac10
106. Huggett, C., M. D. Birtel, Y. F. Awenat, P. Fleming, S. Wilkes, S. Williams et G. Haddock. « A qualitative study: Experiences of stigma by people with mental health problems », *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, vol. 91 (2018), p. 380-397. <https://doi.org/10.1111/papt.12167>
107. Smye, V., A. J. Browne, C. Varcoe et V. Josewski. « Harm reduction, methadone maintenance treatment and the root causes of health and social inequities: An intersectional lens in the Canadian context », *Harm Reduction Journal*, vol. 8, article 17 (2011), p. 1-12. doi:10.1186/1477-7517-8-17
108. Hoggatt, K. J., S. M. Frayne, F. S. Saechao, E. M. Yano et D. L. Washington. « Substance use disorder-related disparities in patient experiences of primary care », *Health Equity*, vol. 3 (2019), p. 193-197. <https://doi.org/10.1089/heq.2018.0069>
109. Yang, L. H., L. Y. Wong, M. M. Grivel et D. S. Hasin. « Stigma and substance use disorders: An international phenomenon », *Current Opinion in Psychiatry*, vol. 30 (2017), p. 378-388. doi:10.1097/YCO.0000000000000351
110. Ahmedani, B. K. « Mental health stigma: Society, individuals, and the profession », *Journal of Social Work Values and Ethics*, vol. 8, no 2, automne 2011, p. 4-16.
111. Olfson, M., T. Gerhard, C. Huang, S. Crystal et T. S. Stroup. « Premature mortality among adults with schizophrenia in the United States », *JAMA Psychiatry*, vol. 72 (2015), p. 1172-1181. doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.1737
112. Clarke, D., R. Usick, A. Sanderson, L. Giles-Smith et J. Baker. « Emergency department staff attitudes towards mental health consumers: A literature review and thematic content analysis », *International Journal of Mental Health Nursing*, vol. 23 (2014), p. 273-284. <https://doi.org/10.1111/inm.12040>
113. Heim, E., C. Henderson, B. A. Kohrt, M. Koschorke, M. Milenova et G. Thornicroft. « Reducing mental health-related stigma among medical and nursing students in low- and middle-income countries: A systematic review », *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, vol. 29, article e28 (2020), p. 1-10. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000167>
114. Pelleboer-Gunnink, H. A., W. M. W. J. van Oorsouw, J. van Weeghel et P. J. C. M. Embregts. « Stigma research in the field of intellectual disabilities: A scoping review on the perspective of care providers », *International Journal of Developmental Disabilities*, vol. 65 (2019), p. 1-20. <https://doi.org/10.1080/20473869.2019.1616990>
115. Ring, D. et S. Lawn. « Stigma perpetuation at the interface of mental health care: A review to compare patient and clinician perspectives of stigma and borderline personality disorder », *Journal of Mental Health* (2019), p. 1-21. <https://doi.org/10.1080/09638237.2019.1581337>
116. Ross, C. A. et E. M. Goldner. « Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: A review of the literature », *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, vol. 16 (2009), p. 558-567. doi:10.1111/j.1365-2850.2009.01399.x
117. Saunders, K. E. A., K. Hawton, S. Fortune et S. Farrell. « Attitudes and knowledge of clinical staff regarding people who self-harm: A systematic review », *Journal of Affective Disorders*, vol. 139 (2012), p. 205-216. doi:10.1016/j.jad.2011.08.024
118. Schulze, B. « Stigma and mental health professionals: A review of the evidence on an intricate relationship », *International Review of Psychiatry*, vol. 19 (2007), p. 137-155. <https://doi.org/10.1080/09540260701278929>
119. van Boekel, L. C., E. P. M. Brouwers, J. van Weeghel et H. F. L. Garretsen. « Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 131 (2013), p. 23-35. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018>

120. Vistorte, A. O. R., W. S. Ribeiro, D. Jaen, M. R. Jorge, S. Evans-Lacko et J. J. Mari. « Stigmatizing attitudes of primary care professionals towards people with mental disorders: A systematic review », *International Journal of Psychiatry in Medicine*, vol. 53 (2018), p. 317-338. <https://doi.org/10.1177/0091217418778620>
121. Wahl, O. F. et Aroesty-Cohen, E. « Attitudes of mental health professionals about mental illness: A review of the recent literature », *Journal of Community Psychology*, vol. 38 (2010), p. 49-62. <https://doi.org/10.1002/jcop.20351>
122. Henderson, S., C. L. Stacey et Dohan, D. « Social stigma and the dilemmas of providing care to substance users in a safety-net emergency department », *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, vol. 19 (2008), p. 1336-1349. doi:10.1353/hpu.0.0088
123. Stapleton, A. et N. Wright. « The experiences of people with borderline personality disorder admitted to acute psychiatric inpatient wards: A meta-synthesis », *Journal of Mental Health*, vol. 28 (2019), p. 443-457. <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1340594>
124. Amsalem, D., I. Hasson-Ohayon, D. Gothelf et D. Roe. « Subtle ways of stigmatization among professionals: The subjective experience of consumers and their family members », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, vol. 41 (2018), p. 163-168. <https://doi.org/10.1037/prj0000310>
125. Vistorte, A. O. R., W. Ribeiro, C. Ziebold, E. Asevedo, S. Evans-Lacko, J. W. Keeley, J. J. Mari et coll. « Clinical decisions and stigmatizing attitudes towards mental health problems in primary care physicians from Latin American countries », *PLoS ONE*, vol. 13 (2018), p. 1-14, e0206440. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206440>
126. Wakemen, S. E., G. Pham-Kanter et K. Donelan. « Attitudes, practices, and preparedness to care for patients with substance use disorder: Results from a survey of general internists », *Substance Abuse*, vol. 37 (2016), p. 635-641. doi:10.1080/08897077.2016.1187240
127. Radcliffe, P. et A. Stevens. « Are drug treatment services only for “thieving junkie scumbags”? Drug users and the management of stigmatised identities », *Social Science and Medicine*, vol. 67 (2008), p. 1065-1073. doi:10.1016/j.socscimed.2008.06.004
128. Suto, M., J. D. Livingston, R. Hole, S. Lapsley, S. P. Hinshaw, S. Hale et E. E. Michalak. « Stigma shrinks my bubble: A qualitative study of understandings and experiences of stigma and bipolar disorder », *Stigma Research and Action*, vol. 2 (2012), p. 85-92. doi:10.5463/SRA.v1i1.14
129. Corrigan, P. W., D. Roe et H. W. H. Tsang. *Challenging the stigma of mental illness: Lessons for therapists and advocates*, Malden, Massachusetts, John Wiley and Sons, 2011.
130. Knaak, S., E. Mantler et A. Szeto. « Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions », *Healthcare Management Forum*, vol. 30 (2017), p. 111-116. doi:10.1177/0840470416679413
131. Paquette, C. E., J. L. Syvertsen et R. A. Pollini. « Stigma at every turn: Health services experiences among people who inject drugs », *International Journal of Drug Policy*, vol. 57 (2018), p. 104-110. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.04.004>
132. Ye, J., T. F. Chen, D. Paul, R. McCahon, S. Shankar, A. Rosen et C. L. O'Reilly. « Stigma and discrimination experienced by people living with severe and persistent mental illness in assertive community treatment settings », *International Journal of Social Psychiatry*, vol. 62 (2016), p. 532-541. <https://doi.org/10.1177/0020764016651459>
133. Gronholm, P. C., G. Thornicroft, K. R. Laurens et S. Evans-Lacko. « Mental health-related stigma and pathways to care for people at risk of psychotic disorders or experiencing first-episode psychosis: A systematic review », *Psychological Medicine*, vol. 47 (2017), p. 1867-1879. <https://doi.org/10.1017/S0033291717000344>
134. White, B. P. et H. B. Fontenot. « Transgender and non-conforming persons' mental healthcare experiences: An integrative review », *Archives of Psychiatric Nursing*, vol. 33 (2019), p. 203-210. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2019.01.005>
135. Brener, L., W. V. Hippel, S. Kippax et K. J. Preacher. « The role of physician and nurse attitudes in the health care of injecting drug users », *Substance Use and Misuse*, vol. 45 (2010), p. 1007-1018. doi:10.3109/10826081003659543

136. Chammartin, N., C. Ogaranko et B. Froese. *Égalité, dignité et inclusion : mesures législatives qui améliorent les droits des personnes atteintes de maladie mentale*, 2011. Sur le site Web de la Commission de la santé mentale du Canada : <https://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/media/3215?terinitial=24>
137. Pescosolido, B. A., B. Manago et J. Monahan. « Evolving public views on the likelihood of violence from people with mental illness: Stigma and its consequences », *Health Affairs*, vol. 38 (2019), p. 1735-1743. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2019.00702>
138. Dew, K., S. Morgan, A. Dowell, D. McLeod, J. Bushnell et S. Collings. « “It puts things out of your control”: Fear of consequences as a barrier to patient disclosure of mental health issues to general practitioners », *Sociology of Health and Illness*, vol. 29 (2007), p. 1059-1074. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2007.01022.x>
139. Harris, J. et K. McElrath. « Methadone as social control: Institutionalized stigma and the prospect of recovery », *Qualitative Health Research*, vol. 22 (2012), p. 810-824. doi:10.1177/1049732311432718
140. Swartz, M. S., J. W. Swanson et M. J. Hannon. « 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*, vol. 21 (2003), p. 459-472. <https://doi.org/10.1002/bsl.539>
141. Yang, L. H., F.-P. Chen, K. J. Sia, J. Lam, K. Lam, H. Ngo, B. Good et coll. « “What matters most”: A cultural mechanism moderating structural vulnerability and moral experience of mental illness stigma », *Social Science and Medicine*, vol. 103 (2014), p. 84-93. doi:10.1016/j.socscimed.2013.09.009
142. Livingston, J. D. et K. R. Rossiter. « Stigma as perceived and experienced by people with mental illness who receive compulsory community treatment », *Stigma Research and Action*, vol. 1, no 2 (2011), p. 1-8. doi:10.5463/SRA.v1i1.1
143. Thornicroft, G., E. Brohan, D. Rose, N. Sartorius et Leese, M. « Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: A cross-sectional survey », *Lancet*, vol. 373 (2009), p. 408-415. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61817-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61817-6)
144. Stuart, H. « Managing the stigma of opioid use », *Healthcare Management Forum*, vol. 32 (2019), p. 78-83. <https://doi.org/10.1177/0840470418798658>
145. Cook, J. E., V. Purdie-Vaughns, I. H. Meyer et J. T. A. Busch. « Intervening within and across levels: A multilevel approach to stigma and public health », *Social Science and Medicine*, vol. 103 (2014), p. 101-109. doi:10.1016/j.socscimed.2013.09.023
146. Rao, D., A. Elshafei, M. Nguyen, M. L. Hatzenbuehler, S. Frey et V. F. Go. « A systematic review of multi-level stigma interventions: State of the science and future directions », *BMC Medicine*, vol. 17, article 41 (2019), p. 1-11. doi:10.1186/s12916-018-1244-y
147. Livingston, J. D., T. Milne, M. L. Fang et E. Amari. « The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: A systematic review », *Addiction*, vol. 107 (2012), p. 39-50. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03601.x>
148. Gronholm, P. C., C. Henderson, T. Deb et G. Thornicroft. « Interventions to reduce discrimination and stigma: The state of the art », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 52 (2017), p. 249-258. doi:10.1007/s00127-017-1341-9
149. Knaak, S., A. C. H. Szeto, A. Kassam, A. Hamer, G. Modgill et S. Patten. « Understanding stigma. A pooled analysis of a national program aimed at health care providers to reduce stigma towards patients with a mental illness », *Journal of Mental Health and Addiction Nursing*, vol. 1, no 1 (2017), p. e19-e29. <https://doi.org/10.22374/jmhan.v1i1.19>
150. Knaak, S., A. Szeto et K. Dobson. « Stigma towards mental disorders in healthcare: Research, findings and programs from the Mental Health Commission of Canada’s Opening Minds initiative », *Journal: The Official Publication of the Ontario Occupational Health Nurses Association*, vol. 37, no 2 (2018), p. 37-41.
151. Beaulieu, T., S. Patten, S. Knaak, R. Weirnerman, H. Campbell et B. Lauria-Horner. « Impact of skill-based approaches in reducing stigma in primary care physicians: Results from a double-blind, parallel-cluster, randomized controlled trial », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 62 (2017), p. 327-335. <https://doi.org/10.1177/0706743716686919>
152. Ungar, T., S. Knaak et A. Szeto. « Theoretical and practical considerations for combating mental illness stigma in health care », *Community Mental Health Journal*, vol. 52 (2016), p. 262-271. doi:10.1007/s10597-015-9910-4

153. Khenti, A., S. J. Bobbili et J. C. Sapag. « Evaluation of a pilot intervention to reduce mental health and addiction stigma in primary care settings », *Journal of Community Health*, vol. 44 (2019), p. 1204-1213. doi:10.1007/s10900-019-00706-w
154. Heim, E., B. A. Kohrt, M. Koschorke, M. Milenova et G. Thornicroft. « Reducing mental health-related stigma in primary health care settings in low- and middle-income countries: A systematic review », *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, vol. 29, article e3 (2020), p. 1-10. <https://doi/10.1017/s2045796018000458>
155. Cheung, I. *BC mental health rights: Understanding your rights under BC's Mental Health Act*, 2019. Sur Internet <https://www.bcmentalhealthrights.ca>
156. Aggarwal, A. K., M. Thompson, R. Falik, A. Shaw, P. O'Sullivan et D. H. Lowenstein. « Mental illness among us: A new curriculum to reduce mental illness stigma among medical students », *Academic Psychiatry*, vol. 37 (2013), p. 385-391. doi:10.1007/BF03340074
157. Bamgbade, B. A., J. C. Barner et K. H. Ford. « Evaluating the impact of an anti-stigma intervention on pharmacy students' willingness to counsel people living with mental illness », *Community Mental Health Journal*, vol. 53 (2017), p. 525-533. doi:10.1007/s10597-016-0075-6
158. Bamgbade, B. A., K. H. Ford et J. C. Barner. « Impact of a mental illness stigma awareness intervention on pharmacy student attitudes and knowledge », *American Journal of Pharmaceutical Education*, vol. 80, no 5 (2016), p. 1-11. doi:10.5688/ajpe80580
159. Hirdes, A. et H. B. Kochenborger Scarparo. « The maze and the minotaur: Mental health in primary health care », *Ciência e Saúde Coletiva*, vol. 20 (2015), p. 383-393. doi:10.1590/1413-81232015202.12642013
160. Raghavan, R., C. L. Bright et A. L. Shadoin. « Toward a policy ecology of implementation of evidence-based practices in public mental health settings », *Implementation Science*, vol. 3, article 26 (2008), p. 1-9. doi:10.1186/1748-5908-3-26
161. Knaak, S., S. Patten et T. Ungar. « Mental illness stigma as a quality-of-care problem », *Lancet Psychiatry*, vol. 2 (2015), p. 863-864. [https://doi/10.1016/S2215-0366\(15\)00382-X](https://doi/10.1016/S2215-0366(15)00382-X)
162. Knaak, S. et Ungar, T. « Towards a mental health inequity audit », *Lancet Psychiatry*, vol. 4 (2017), p. 583. [https://doi/10.1016/S2215-0366\(17\)30281-X](https://doi/10.1016/S2215-0366(17)30281-X)
163. Brohan, E., S. Clement, D. Rose, N. Sartorius, M. Slade et G. Thornicroft. « Development and psychometric evaluation of the Discrimination and Stigma Scale (DISC) », *Psychiatry Research*, vol. 208 (2013), p. 33-40. doi:10.1016/j.psychres.2013.03.007
164. Stangl, A. L., V. A. Earnshaw, C. H. Logie, W. van Brakel, L. C. Simbayi, I. Barré et J. F. Dovidio. « The Health Stigma and Discrimination Framework: A global, crosscutting framework to inform research, intervention development, and policy on health-related stigmas », *BMC Medicine*, vol. 17, article 31 (2019), p. 1-13. <https://doi/10.1186/s12916-019-1271-3>
165. Blake, V. K. et M. L. Hatzenbuehler. « Legal remedies to address stigma-based health inequalities in the United States: Challenges and opportunities », *Milbank Quarterly*, vol. 97 (2019), p. 480-504. <https://doi/10.1111/1468-0009.12391>
166. Livingston, J. D., A. Nijdam-Jones, S. Lapsley, C. Calderwood et J. Brink. « Supporting recovery by improving patient engagement in a forensic mental health hospital: Results from a demonstration project », *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, vol. 19 (2013), p. 132-145. <https://doi/10.1177/1078390313489730>
167. Ehrlich, C. et P. Dannapfel. « Shared decision making: People with severe mental illness experiences of involvement in the care of their physical health », *Mental Health and Prevention*, vol. 5 (2017), p. 21-26. <https://doi/10.1016/j.mhp.2016.12.002>
168. Morgan, C., T. Burns, R. Fitzpatrick, V. Pinfold et S. Priebe. « Social exclusion and mental health: Conceptual and methodological review », *British Journal of Psychiatry*, vol. 191 (2007), p. 477-483. <https://doi/10.1192/bjp.bp.106.034942>
169. Thornicroft, G. « Stigma and discrimination limit access to mental health care », *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, vol. 17 (2008), p. 14-19. <https://doi/10.1017/S1121189X00002621>
170. Nardodkar, R. M. *Structural discrimination against persons with mental illness*, 2017. Sur le site Web de la Vrije Universiteit Amsterdam : <https://research.vu.nl/ws/files/42795842/complete>

171. Chiarello, E. « Nonprescription syringe sales: Resistant pharmacists' attitudes and practices », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 166 (2016), p. 45-50. doi:10.1016/j.drugalcdep.2016.06.023
172. Pulerwitz, J., K. T. H. Oanh, D. Akinwolemiwa, K. Ashburn et L. Nyblade. « Improving hospital-based quality of care by reducing HIV-related stigma: Evaluation results from Vietnam », *AIDS and Behavior*, vol. 19 (2015), p. 246-256. doi:10.1007/s10461-014-0935-4



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

Tel : 613.683.3755
Fax : 613.798.2989

infocsmc@commissionsantementale.ca
www.commissionsantementale.ca

[@CSMC_MHCC](https://twitter.com/CSMC_MHCC) [/theMHCC](https://facebook.com/theMHCC) [/1MHCC](https://youtube.com/1MHCC) [@theMHCC](https://instagram.com/theMHCC)
[/Commission de la santé mentale du Canada](https://linkedin.com/company/Commission-de-la-santé-mentale-du-Canada)