

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

STIGMATISATION OU DÉMYSTIFICATION? REPRÉSENTATIONS DE LA
MALADIE MENTALE DANS LES PRINCIPAUX MÉDIAS ÉCRITS
FRANCOPHONES DU QUÉBEC EN 2007

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN COMMUNICATION

PAR
CATHERINE DION

NOVEMBRE 2011

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Ce mémoire de maîtrise est la preuve que la persévérance et la détermination peuvent nous faire réaliser de grandes choses. Ce projet n'aurait pu voir le jour sans l'aide et le soutien de plusieurs personnes.

D'abord, je tiens à remercier sincèrement ma directrice, madame Lise Renaud, qui dirige le Groupe de recherche médias et santé à l'Université du Québec à Montréal, pour son encadrement, sa patience, sa confiance et sa générosité.

Mes remerciements s'adressent également à la direction et à l'équipe du Service des communications de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine et de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, qui m'ont toujours appuyée, inspirée et encouragée tout au long de la réalisation de ce mémoire. Plus particulièrement, je tiens à exprimer ma reconnaissance envers mes patrons et mentors, Stéphanie Lassonde et Jean Lepage, pour leur confiance et leurs conseils judicieux. Ils m'ont transmis leur passion pour la cause de la santé mentale et l'importance de suivre ses instincts.

Je tiens à témoigner ma gratitude à tous mes proches et à ma famille pour leur soutien inconditionnel et leurs encouragements autant lors des moments heureux que lors des instants plus pénibles. Une mention toute spéciale à ma mère Suzanne et à ma sœur Marie-Hélène dont la confiance inépuisable a réussi à me convaincre d'aller jusqu'au bout. Un grand merci à mes amis Loïc, Andréane, Émilie et Mathieu, pour leur écoute, leurs conseils et leur soutien moral. Je tiens à remercier plus particulièrement mes amies Marie-France et Denise qui ont pris le temps de relire et de commenter judicieusement ce travail. Ce long projet n'aurait pu parvenir à ses fins sans la précieuse contribution de Louis-Charles Pilon un conseiller rigoureux, un collaborateur compréhensif et un amoureux exceptionnel.

Finalement, je tiens à remercier madame Rita Landry et monsieur Philippe Garon qui ont eu la gentillesse et la patience de mettre en page et de corriger ce mémoire de maîtrise.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES.....	vi
LISTE DES TABLEAUX.....	vi
RÉSUMÉ	vii
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I	
PROBLÉMATIQUE.....	3
1.1 Pourquoi s'intéresser à la maladie mentale?.....	3
1.2 Pourquoi s'intéresser à la stigmatisation de la maladie mentale?.....	4
1.3 Pourquoi accorder autant d'importance aux médias de masse?	5
CHAPITRE II	
CADRE THÉORIQUE	7
2.1 Erving Goffman – la stigmatisation.....	7
2.2 Gladys Swain et Marcel Gauchet – la normalité	9
2.3 Jean-Luc Martin-Lagardette — L'objectivité journalistique	10
2.4 Jean-Luc Martin-Lagardette et Lise Chartier – La partialité	12
2.5 Recension des écrits.....	12
CHAPITRE III	
QUESTIONS ET HYPOTHÈSES DE RECHERCHE.....	19
3.1 Objet de recherche	19
3.2 Question de recherche.....	20
3.3 Hypothèses.....	20
3.4 Stratégie de recherche.....	20
CHAPITRE IV	
MÉTHODOLOGIE.....	21
4.1 Type d'analyse.....	21

4.2 Sélection des articles.....	22
4.3 Catégories d'analyse.....	24
4.4 Méthode d'analyse.....	27
CHAPITRE V	
RÉSULTATS.....	31
5.1 Portrait général.....	31
5.2 Résultats spécifiques.....	33
5.2.1 Contexte.....	33
5.2.2 Contenu.....	39
5.2.3 Partialité.....	43
CHAPITRE VI	
DISCUSSION.....	45
6.1 Conclusions générales.....	45
6.2 Retour sur les hypothèses.....	46
6.3 Commentaires et réflexions.....	48
6.3.1 Place de la maladie mentale.....	49
6.3.2 Méconnaissance et peur.....	52
6.3.3 Objectivité ou partialité.....	54
6.3.4 Profane ou scientifique.....	57
6.4 Limites de la recherche.....	59
CONCLUSION.....	61
ANNEXE A	
REVUES DE PRESSE.....	63
ANNEXE B	
LECTORAT DES QUOTIDIENS QUÉBÉCOIS.....	65
ANNEXE C	
TIRAGE DES QUOTIDIENS QUÉBÉCOIS.....	66

ANNEXE D	
DÉFINITIONS DES TYPES DE PARTIALITÉS	67
ANNEXE E	
DÉFINITIONS DES MALADIES MENTALES	69
ANNEXE F	
TABLEAUX DES FRÉQUENCES	72
ANNEXE G	
CORPUS D'ARTICLES.....	79
ANNEXE H	
GRILLE D'ANALYSE.....	112
LISTE DES RÉFÉRENCES	114
SITES INTERNET	119

LISTE DES FIGURES

Figure	Page
5.1 Portrait général des résultats	32
5.2 Nombre d'articles par média.....	33
5.3 Nombre moyen d'unités d'information par article par média.....	34
5.4 Sources d'information — moyenne arithmétique.....	35
5.5 Troubles de santé mentale.....	36
5.6 Type d'information — moyenne arithmétique	36
5.7 Angle de traitement.....	37
5.8 Disposition et types d'article.....	38
5.9 Type d'auteur	38
5.10 Stigmates – moyenne arithmétique	39
5.11 Stigmates — moyenne arithmétique (détails).....	40
5.12 Étiquettes sociales — moyenne arithmétique	41
5.13 Groupes de référence — moyenne arithmétique.....	42
5.14 Stéréotypes — moyenne arithmétique	43
5.15 Partialité — moyenne arithmétique	44
5.16 Ton du journaliste — moyenne arithmétique	44

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
4.1 Exemple de moyenne arithmétique.....	30

RÉSUMÉ

Bien que la maladie mentale touche un Canadien sur cinq, au cours de sa vie (Fondation des maladies mentales, 2008) et qu'elle entraîne de lourdes pertes économiques et sociales, elle demeure un sujet stigmatisé et associé à divers préjugés. Concrètement, quand il est question de maladie mentale, le grand public a tendance à s'informer auprès des médias de masse (Canadian Mental Health Association, 2004). Ainsi, ils sont naturellement appelés à jouer un rôle dans la démystification de la maladie mentale.

L'objectif de ce mémoire est de dresser un portrait des représentations de la maladie mentale dans les principaux quotidiens francophones au Québec. Nous désirons savoir s'ils contribuent à sa stigmatisation ou à sa démystification.

Nous supposons que ces médias dressent un portrait négatif, subjectif et émotif de la maladie mentale en évoquant des stéréotypes et des stigmates qui y sont associés. De plus, nous présumons qu'ils laissent de côté la prévention et la sensibilisation au profit du sensationnalisme.

Afin d'évaluer le traitement que la presse écrite fait de la maladie mentale, un échantillon de 22 articles dont le sujet principal est un trouble spécifique de santé mentale a été sélectionné. Le contenu des articles a été étudié selon la méthode d'analyse de presse de Chartier (2003).

Pour ce faire, une grille d'analyse a été construite selon différents critères dont les concepts de stigmates et d'étiquette sociale (Goffman, 1975), du groupe de référence (Swain et Gauchet, 1994), de la partialité et du ton du journaliste (Martin-Lagardette, 2006 et Chartier, 2003) ainsi que de stéréotypes (Day et Page, 1986).

L'analyse et l'interprétation des résultats démontrent que les médias étudiés dressent un portrait humain et réaliste de la maladie mentale. Ils contribuent à la démystification et à la sensibilisation en favorisant une approche à la fois objective et subjective. Malgré la rigueur journalistique observée, les articles étudiés sont teintés de partialité en mettant de l'avant certains stigmates et stéréotypes encore associés aux maladies mentales.

Mots-clés : Maladie mentale, journaux, traitement journalistique, santé mentale.

INTRODUCTION

À la base, mes intuitions de recherche ont émergé à la lecture de statistiques alarmantes au sujet de la maladie mentale. Il faut savoir qu'au Canada, « on estime qu'une personne sur cinq souffrira d'une maladie mentale au cours de sa vie, soit près de six millions de Canadiens. » (Fondation des maladies mentales, 2008) De plus, en 2008, une étude a révélé que l'économie canadienne perd plus de 33 milliards de dollars par an à cause des maladies mentales et des problèmes de toxicomanie. Ce montant représente 19 % des profits combinés de toutes les entreprises canadiennes et 4 % de la dette nationale. (Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2006, p. 195) Aussi, selon l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale, les dernières estimations annoncent que « les troubles dépressifs représenteront en 2020 les maladies les plus lourdes de conséquences dans les pays développés comme le Canada. » (Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale, 2010)

Ironiquement, bien que la maladie mentale soit une réalité de plus en plus importante dans notre société, il semble qu'elle demeure très stigmatisée. Une étude réalisée par Ipsos Reid Public Affairs pour le compte de l'Association médicale canadienne affirme que seulement la moitié des Canadiens le diraient à leurs amis ou à leurs collègues si un membre de leur famille recevait un diagnostic de maladie mentale (50 %), comparativement à une vaste majorité qui parlerait d'un diagnostic de cancer (72 %) ou de diabète (68 %) dans la famille. (Association médicale canadienne, 2008.)

Dans les faits, la maladie mentale ne fait pas de discrimination. Elle peut toucher des personnes de tous âges, de tous niveaux scolaires, de tous niveaux socio-économiques et de toutes cultures. Il est difficile de prendre conscience concrètement des conséquences sociales des troubles de santé mentale puisque leur présence est peu tangible. À première vue, une maladie mentale est plus difficile à remarquer qu'un bras fracturé par exemple.

Par l'entremise de mon emploi de conseillère aux communications à l'Institut Douglas et à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, j'ai pu réaliser à quel point les gens souhaitent en apprendre davantage sur les maladies mentales. Ils sont nombreux et posent beaucoup de questions. Ils cherchent à savoir comment aider un proche qui est atteint d'un trouble de santé mentale ou encore se questionnent sur les meilleurs moyens de prévenir la maladie mentale. En participant aux activités pour le grand public qui se tiennent à l'Institut Douglas et à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, les gens se retrouvent dans un cercle restreint où les stigmates et les préjugés associés à la maladie mentale sont absents. En participant à un événement portant ouvertement sur la santé mentale, ils ont donc le sentiment de ne pas être jugés et réalisent qu'ils peuvent discuter librement de maladie mentale sans appréhender la réaction des autres. C'est une tout autre histoire au sein de la société en général.

Comme l'explique l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale, « la stigmatisation rattachée aux maladies mentales présente un obstacle sérieux, non seulement pour le diagnostic et le traitement, mais également pour l'acceptation, de la personne qui souffre, dans la communauté. » (Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale, 2010) Ainsi, à mes yeux, il est essentiel de sensibiliser le public et de démystifier les stéréotypes. Plusieurs personnes qui vivent avec une maladie mentale s'isolent de la société ou souffrent en silence, par peur du jugement et de l'incompréhension de leurs pairs. Concrètement, une sensibilisation accrue et plus large permettrait plus d'indulgence de la part du grand public et ainsi une intégration plus facile des personnes atteintes d'un problème de santé mentale dans la société.

À la lumière de ces faits, je m'interroge : qu'est-ce qui influence cette stigmatisation de la maladie mentale au sein de la population? Quels sont les canaux d'information qui renseignent les gens sur la santé mentale? Plus particulièrement, je me demande si les médias de masse influencent l'opinion publique à ce sujet et s'ils représentent des sources d'information pertinentes pour les questions relatives aux maladies mentales.

CHAPITRE I

PROBLÉMATIQUE

Avant toute chose, il est important de définir la problématique à l'origine de ce mémoire de maîtrise. Le présent chapitre vise à mettre en perspective les différents éléments liés au sujet de cette recherche. En quoi la maladie mentale et sa stigmatisation sont-elles des sujets d'intérêt? Est-il nécessaire d'accorder autant d'importance aux médias de masse lorsqu'il est question de stigmatisation ou de déstigmatisation des maladies mentales?

1.1 Pourquoi s'intéresser à la maladie mentale?

Notre rapport à la « folie » précède de loin l'arrivée des médias de masse au sein de notre société. La maladie mentale a une histoire à travers les siècles. Dans son livre *Histoire de la folie à l'âge classique*, Michel Foucault (1972) explique qu'au 17^e siècle, le concept de folie était utilisé comme un outil de contrôle social. À l'époque, on enfermait tous ceux qui troublaient l'ordre établi : les pauvres, les vagabonds, les prostituées et les fous. La raison apparaît comme une norme sociale tyrannique. La société d'alors étant incapable de faire face à la différence, elle préfère évacuer tout ce qui ne lui ressemble pas, tout ce qui dérange.

À travers le temps, la folie se distingue des autres formes de marginalité. Elle se retrouve seule dans les lieux d'enfermement. La société a réussi à intégrer les pauvres et les vagabonds, en les faisant entrer sur le marché du travail. Mais que faire des fous, qui sont dépourvus de raison? Ils sont internés dans des asiles éloignés de la civilisation et sont réduits au silence par la médication. Le fou retrouve peut-être un peu de liberté dans ce lieu d'exclusion, mais il devient l'objet d'étude du médecin-savant qui cherche des explications rationnelles pour comprendre cet état « anormal ». Ainsi, pour tenter d'expliquer cette folie, le savoir psychiatrique crée et façonne le concept de maladie mentale.

Cette réalité demeure d'actualité au 21^e siècle, comme l'affirme Paula J. Caplan, psychologue et professeure au Département de psychiatrie de l'Université Harvard. Selon elle, les scientifiques tentent d'assimiler le moindre trait de caractère à une maladie mentale afin de classer tout comportement jugé « anormal ». « Notre société nord-américaine est de plus en plus psychiatisée [...] Le nombre de maladies mentales a triplé en 50 ans. Les gens cherchent des explications psychiatriques à pratiquement tout. » (Porter, 2006, p. A1)

Il semble que la catégorisation de la différence permet d'évacuer le malaise de l'irrationnel. Il faut nommer l'inexplicable pour lui donner une réalité plus tangible, pour avoir l'impression de mieux le « contrôler ». Néanmoins, ce n'est pas parce que la folie se dote d'un vocabulaire explicatif que la stigmatisation et la peur de la population s'estompent. Dans les efforts de rationalisation, nous créons la stigmatisation. Aujourd'hui encore, la crainte et les préjugés relatifs à la maladie mentale subsistent toujours. Ainsi, la société se méfie de l'inexplicable et rejette ce qui ne lui ressemble pas. La maladie mentale remet en question le rapport de chacun face à la réalité. Qu'est-ce que la maladie mentale apprend à la société au sujet de ses réflexes face à la différence?

1.2 Pourquoi s'intéresser à la stigmatisation de la maladie mentale?

Chacun connaît, de près ou de loin, quelqu'un qui souffre d'un problème de santé mentale. Malgré tout, certaines personnes choisissent de passer sous silence leur maladie mentale, de peur de faire l'objet de discrimination ou de préjugés. À ce sujet, le 8^e bulletin national annuel de la santé publié par l'Association médicale canadienne énonce que la majorité des Canadiens disent qu'il serait improbable qu'ils établissent une relation conjugale avec une personne atteinte d'une maladie mentale (55 %), qu'ils embauchent un avocat (58 %), une personne pour prendre soin de leurs enfants (58 %), un conseiller financier (58 %) ou un médecin de famille (61 %) souffrant de troubles de santé mentale. (Association médicale canadienne, 2008, p. 3)

Cette crainte de la stigmatisation peut inciter l'individu atteint à reporter le moment de consulter un professionnel de la santé, à éviter d'observer le traitement recommandé et à ne pas partager ses inquiétudes à son entourage.

Selon le rapport *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada* publié par l'Agence de santé publique du Canada :

« Cette stigmatisation qui frappe les maladies mentales découle de superstitions, de systèmes de croyances et de l'ignorance. Elle a toujours existé dans l'histoire et elle engendre préjugés, peur et discrimination. [...] Un premier pas dans la lutte contre la stigmatisation et vers une plus grande attitude d'ouverture et d'acceptation consiste à renseigner la population et les médias sur la maladie mentale. » (Agence de santé publique du Canada, 2008)

Ce même rapport mentionne aussi que la stigmatisation de la maladie mentale se développe dans plusieurs lieux : au sein de la famille, du milieu de travail, de l'espace médiatique, du réseau d'amis et du système scolaire. Pour ce mémoire, nous avons fait le choix de nous intéresser spécifiquement à la sphère médiatique.

1.3 Pourquoi accorder autant d'importance aux médias de masse?

La société se dote de moyens pour assurer la survie du corps social. Les médias font partie de ceux-ci. Ils produisent de l'information dont les effets normatifs sont importants. Ils contribuent à la normalisation de la société en indexant tous les gestes, les pensées et les comportements selon un modèle qui contribue à la survie du corps social. Les médias ne sont pas seulement une accumulation d'informations, mais aussi un lieu de débat et de critique. Par leurs propos et les images qu'ils projettent, ils contribuent à façonner des mentalités, des normes et des opinions au sein de l'espace public. En informant la population, ils génèrent des façons de « bien penser ».

De nos jours, la majorité de la population est exposée quotidiennement aux médias, qu'il s'agisse d'une quête d'information ou d'un besoin de divertissement. Les gens sont à la

recherche d'informations qui les concernent. Par exemple, de plus en plus de personnes préparent leur visite chez le médecin. Elles naviguent dans Internet, consultent des sites spécialisés en santé, participent à des forums de discussion et visitent des blogues. Elles font aussi appel aux médias traditionnels, lisent les journaux, consultent les magazines, regardent des reportages à la télévision pour se renseigner sur les causes possibles de leurs maux.

Plus précisément, le rapport *Mass Media and Mental Illness: a literature review*, publié par la Canadian Mental Health Association (2004) affirme que les médias constituent la principale source d'information de la population concernant la maladie mentale. Ce rapport fait état des résultats d'une étude réalisée en 1997 par la National Mental Health Association, aux États-Unis, qui indique que les sources d'information les plus populaires au sujet de la maladie mentale sont la télévision (70 % — émissions d'intérêt public), les journaux (58 %), les magazines (34 %), la radio (26 %) et Internet (25 %).¹ Le public se réfère aux médias pour s'informer au sujet de la maladie mentale, mais est-ce que les messages véhiculés et les informations présentées sont pertinents et justes?

Les médias de masse semblent avoir une part de responsabilité dans la stigmatisation de la maladie mentale. Les messages et les informations contribuant à la démystification de la maladie mentale devraient logiquement provenir des médias de masse. Si le public était mieux informé, certains seraient plus susceptibles d'aller consulter un professionnel de la santé et d'autres deviendraient plus compréhensifs envers une personne de leur entourage qui souffre d'un problème de santé mentale. En étudiant le rôle joué par les médias au plan de la stigmatisation, il sera éventuellement possible de proposer des moyens pour contribuer à la démystification.

¹ Nous pouvons supposer que depuis la réalisation de cette étude, Internet et les médias sociaux ont grimpé dans le palmarès des sources d'information les plus populaires au sujet de la maladie mentale.

CHAPITRE II

CADRE THÉORIQUE

Pour poursuivre ce travail, il est essentiel de construire un cadre théorique et de faire une recension des études au sujet de la stigmatisation de la maladie mentale dans les médias écrits. Ainsi, ce chapitre présente d'abord les concepts de stigmatisation et de normalité. Suivent les définitions d'objectivité journalistique et de partialité. Finalement, une recension des écrits est présentée incluant d'autres études pertinentes sur le traitement médiatique accordé à la maladie mentale dans les journaux, réalisées au cours des vingt dernières années.

2.1 Erving Goffman – la stigmatisation

Le concept de stigmatisation est défini par Erving Goffman, membre de l'École de Chicago, dans son ouvrage *Stigmate* (1975). L'auteur s'intéresse au stigma au sein de notre société, à la façon dont ce dernier se construit, se développe et survit.

Auparavant, les stigmatés étaient associés à des marques corporelles et à des personnes ayant un mauvais statut moral, à un individu qu'il ne fallait pas fréquenter. Selon Goffman, on parle plutôt de « disgrâce » que de signes corporels. La société impose des processus qui servent à diviser en catégories les gens et leurs attributs spécifiques. Instinctivement, nous établissons normalement des rapports sociaux avec les gens de notre catégorie, qui possèdent la même identité sociale que nous. Nous avons des attentes particulières, génériques au reste du groupe. Nous sommes choqués lorsque nous constatons des différences chez certaines personnes. Si nous réalisons que l'individu possède un attribut qui le rend différent des autres membres de la catégorie, il est possible de le rejeter et faire de lui quelqu'un de « mauvais ». Nous sommes portés à le stigmatiser. Comme l'explique Erving Goffman, « un stigma représente un certain type de relation entre l'attribut et le stéréotype. » (Goffman, 1975, p. 15)

Nous parlons donc d'une identité réelle comparativement à une identité virtuelle. Cet écart compromet l'identité sociale de l'individu. Dans ce cas, il est discrédité par rapport au reste du monde et rejeté par les gens de sa catégorie.

« Par définition, nous pensons qu'une personne ayant un stigmate n'est pas tout à fait humaine. Partant de ce postulat, nous pratiquons toutes sortes de discriminations, par lesquelles nous réduisons efficacement, même si c'est souvent inconsciemment, les chances de cette personne. Afin d'expliquer son infériorité et de justifier qu'elle représente un danger, nous bâtissons une théorie, une idéologie du stigmate, qui sert aussi parfois à rationaliser une animosité fondée sur d'autres différences [...] » (Goffman, 1975, p. 15)

Pour Erving Goffman, la stigmatisation est le résultat de l'apposition d'étiquettes sociales par le biais de normes insufflées par la société. Elles peuvent être officielles, se référant aux lois comme payer son droit de passage dans le métro ou arrêter sa voiture au feu rouge. Il peut aussi s'agir de normes reliées au jugement personnel telles que le code vestimentaire ou la politesse envers ses pairs. L'auteur définit le concept de stigmatisation comme une notion :

« [...] qui implique moins l'existence d'un ensemble d'individus concrets séparables en deux colonnes, les stigmatisés et les normaux, que l'action d'un processus social omniprésent qui amène chacun à tenir les deux rôles [...] Le normal et le stigmatisé ne sont pas des personnes, mais des points de vue. Ces points de vue sont socialement produits lors des contacts mixtes, en vertu des normes insatisfaites qui influent sur la rencontre. » (Goffman, 1975, p. 160-161)

Selon Erving Goffman, il existe trois catégories de stigmates. D'abord, les stigmates corporels qui sont associés aux défauts physiques tels un handicap ou une malformation. Par exemple, une personne défigurée ou qui se déplace en fauteuil roulant. Ensuite, les stigmates reliés à la personnalité ou au passé de l'individu qui peuvent prendre l'aspect « d'un manque de volonté, de passions irrépressibles ou antinaturelles, de croyances égarées et rigides, de malhonnêteté » (Goffman, 1975, p. 14) qu'on attribue par défaut à une personne parce que nous savons qu'elle est ou a été, par exemple, atteinte de maladie mentale, emprisonnée, toxicomane, alcoolique, homosexuelle ou sans emploi. Finalement, les stigmates tribaux qui se transmettent de génération en génération et qui font référence à l'ethnie, à la religion ou à la nationalité de l'individu.

Dans son livre *Stigmaté* (1975), Goffman définit la stigmatisation et s'intéresse à son évolution, à ses manifestations et à ses représentations. Mais qu'en est-il de l'opposé de ce concept? Quel terme exprime l'idée de la suppression de la stigmatisation ou du combat contre les stigmates? Les chercheurs anglophones utilisent le mot « destigmatization » pour définir les actions qui visent à « supprimer les associations de honte ou de disgrâce attribuées à quelque chose ou à quelqu'un » (Merriam-Webster's Dictionary, 2011). En nous intéressant de plus près aux définitions et au vocabulaire employés dans le monde de la santé mentale, nous avons observé, à quelques reprises l'emploi de la traduction libre « déstigmatisation » (Benoist, 2007; Jouffret, 2011). Puisque ce mot n'est pas reconnu dans l'orthographe de la langue française au Québec, nous avons choisi d'utiliser, dans le cadre de ce mémoire de maîtrise, le terme « démystification », qui semble être le plus proche de la définition de « destigmatization ». En effet, la démystification signifie, « détromper le sens, priver de son mystère, en montrant sous son vrai jour [une personne, une chose] ou ce qui constitue un mythe » (Office québécois de la langue française, 2011). Ainsi, nous croyons justifié de faire appel au terme « démystification », qui définit ce que nous entendons par des actions qui visent à défaire les préjugés et à présenter un portrait juste de la maladie mentale.

2.2 Gladys Swain et Marcel Gauchet – la normalité

Gladys Swain, psychiatre française et co-auteure, avec Marcel Gauchet, de l'ouvrage *Dialogue avec l'insensé — À la recherche d'une autre histoire de la folie* (1994). Dans ce livre, Swain et Gauchet rappellent les faits importants de l'histoire de la psychiatrie et tentent d'approfondir la réflexion de Michel Foucault. Selon les deux auteurs, l'exclusion se faisait auparavant entre ceux qui répondaient aux critères de normalité et les autres, les anormaux. Néanmoins, graduellement, une conception différente de la normalité a commencé à émerger. Dorénavant, le clivage ne se faisait plus entre l'individu et ceux qui ne sont pas comme lui, mais à l'intérieur de l'individu, c'est-à-dire à l'intérieur de chaque personne. En chacun de nous, il y a l'« autre », quelque chose que nous ne pouvons pas maîtriser en nous-mêmes, quelque chose qui nous dépasse, que nous ne pouvons pas rejeter puisqu'elle fait partie de nous. Concrètement, il est beaucoup plus facile de dire que les autres ne sont pas comme

nous, donc à exclure, que d'affirmer que, nous-mêmes, nous sommes divisés, que nous n'avons pas de critères absolus pour nous définir, que nous ne savons pas très bien qui nous sommes, que nous ne pouvons pas nous contrôler, que nous n'avons pas de pouvoir absolu sur nous-mêmes. Cette situation est très désagréable et inquiétante. Nous ne voulons pas passer notre temps à nous remettre en question. Il est donc plus simple d'avoir recours à un système de pensée qui classe les gens en anormaux et en normaux plutôt que de se dire que finalement il y a de l'anormal en nous, de la folie en tout un chacun. Cette nouvelle perception de la folie revient aux propos de Foucault (1975), qui explique que le fou inspire la crainte puisqu'il nous renvoie à notre propre aliénation.

Ainsi, le normal est semblable à soi et fait partie du groupe de référence. L'anormal quant à lui est différent de soi et est exclu du groupe de référence. Parfois, une personne ne génère ni similarité, ni différence avec le groupe de référence : elle sera qualifiée de « neutre ».

2.3 Jean-Luc Martin-Lagardette - L'objectivité journalistique

On attend du journaliste, mis à part un éditorialiste, qu'il aborde le sujet de ses articles de manière objective, rapportant la vérité, les faits bruts sans filtres personnels, sans préjugés et sans traces d'expériences personnelles. Cependant, il est avant tout un être humain, avec ses contradictions, ses préférences et ses émotions. Nous pouvons ainsi supposer qu'il est très difficile, voire impossible pour un journaliste, de ne pas être subjectif lorsqu'il est question de maladies mentales.

Jean-Luc Martin-Lagardette, journaliste et auteur de l'ouvrage *L'information responsable* (2006) sur l'éthique et la responsabilité journalistique, définit ce qu'est une information objective. Selon lui, cette information doit d'abord avoir fait l'objet d'une vérification, de préférence sur le terrain ainsi qu'auprès des personnes impliquées; les différentes impressions et opinions, même les négatives et contradictoires, sont représentées; le jugement moral n'est nullement exprimé; les limites et le cadre de l'enquête sont clairs. Afin de pouvoir qualifier une information d'objective, celle-ci doit aussi pouvoir être corrigée par les individus

concernés. L'auteur précise « qu'on peut ainsi reparler de l'objectivité d'une information, en l'abordant par le biais de sa procédure de fabrication plutôt que par la qualité de son contenu » (*id.*, 2006, p. 158).

Dans son livre, Jean-Luc Martin-Lagardette explique que « la recherche de la vérité s'attache à deux aspects, les faits et l'opinion. » (*id.*, 2006) Selon les recherches scientifiques, rien ne peut être prouvé de façon définitive. Cependant, nous pouvons faire appel aux observations systématiques et aux expérimentations pour tenter de confirmer ou de rejeter une hypothèse. Ainsi, le journaliste doit aussi vérifier la véridicité des faits qu'il présente avant d'avancer de possibles hypothèses. Est-ce que le journaliste a la capacité de dresser un portrait objectif d'une situation? Est-ce que ses propos peuvent être teintés de ses préjugés personnels? Va-t-il faire l'effort d'approfondir le sujet ou se contentera-t-il d'aborder la question de façon superficielle? La tâche n'est pas facile, car souvent, les faits rapportés sont davantage le fruit de la traduction que le reflet de la réalité.

Bien que le journaliste soit déjà préoccupé par la difficulté d'établir l'exactitude d'un fait, il doit également demeurer prudent lorsqu'il énonce un jugement normatif. L'homme et la femme sont des êtres de jugement et de sensibilité, il est impossible de l'éviter. « Avant d'être un professionnel, un journaliste est d'abord un homme, avec ses croyances, ses a priori, ses appétits, ses peurs, ses désirs, sa volonté de puissance, son orgueil ou sa simplicité. Et à tous ces filtres-là s'ajoutent ceux de son journal, » explique Jean-Luc Martin-Lagardette (*id.*, 2006, p. 145). Une question essentielle s'impose : quelles sont les valeurs qui guident ou devraient guider les journalistes et leurs médias dans le traitement de l'information? Une interrogation qui, selon l'auteur et journaliste, mérite une grande réflexion.

C'est en étant conscient de ses propres attirances et aversions que le journaliste pourra offrir au public une information à laquelle ce dernier s'identifiera. Finalement, l'auteur rapporte cette définition très intéressante tirée de l'ouvrage *Le style du Monde*, publié par le quotidien français *Le Monde* : « le métier d'informer suppose d'apprendre à penser contre soi-même, ce qui signifie : se méfier de ses préjugés, donner droit au contradictoire, accepter les critiques,

varier les approches [...] Humilité, ouverture et pluralité sont les mots-clés de cette discipline collective. » (Martin-Lagardette, 2006, p. 153-154)

2.4 Jean-Luc Martin-Lagardette et Lise Chartier – La partialité

Jean-Luc Martin-Lagardette, dans son livre *L'information responsable*, définit l'impartialité comme « l'attitude de qui voit les choses sans parti pris, de qui est capable de rendre des faits de la façon la plus complète possible, sans omettre ce qui le gêne » (*id.*, 2006, p. 153). Il peut être difficile pour le journaliste de mettre de côté ses préférences, cependant, il se doit, à titre de professionnel, de se méfier de ses préjugés pour privilégier l'intérêt de tous.

Lise Chartier, dans son ouvrage *Mesurer l'insaisissable* (2003), présente les différents indices d'analyse de revues de presse. Ainsi, Chartier décrit l'indice de partialité « comme ce qui indique avec quelle ferveur la presse a couvert un sujet, avec quelle passion tout autant positive que négative celle-ci en a parlé, quels éléments favorables ou non y ont été évoqués, et par quel pourcentage les voix pour et contre ont su se mettre en valeur. » (*id.*, 2003, p. 114) Chartier explique que le contraire de la partialité est la neutralité, qui énonce des faits, sans émotion, de façon indifférente. L'auteure a établi, dans les cadres des analyses qu'elle a réalisées, que la partialité se retrouve principalement dans les citations et entrevues d'individus interviewés par le journaliste, dans les éditoriaux, dans les lettres ouvertes et dans les tribunes téléphoniques.

2.5 Recension des écrits

Comme nous l'avons vu au chapitre I, les sources les plus communes d'informations au sujet des maladies mentales sont les médias de masse. (Canadian Mental Health Association, 2004) En parallèle, plusieurs recherches suggèrent que la couverture médiatique des questions liées aux problèmes de santé mentale encourage le développement de stéréotypes et renforce la stigmatisation au sein de la société. (Canadian Mental Health Association,

2004; Slopen et al., 2007; Stuart, 2003b; Thornton et Wahl, 1996). Ainsi, la nécessité d'étudier les représentations de la maladie mentale dans les médias s'avère pertinente.

De nombreuses études ont été réalisées au cours des 25 dernières années sur différents aspects relatifs au traitement médiatique de la maladie mentale. Dans l'exercice de la recension des écrits, nous avons observé, entre autres, un intérêt marqué pour l'analyse de la couverture médias (Rochefort et coll., 2002; Matas et coll., 1984; Matas et coll., 1986; Coverdale, Nairn et Claasen, 2002) et pour l'évaluation des impacts du traitement médiatique sur les personnes atteintes, leurs proches et les organismes en santé mentale (Nairn, 2007; Stuart, 2003a). En outre, plusieurs études se penchent sur les stéréotypes de violence et de dangerosité présents au sein de l'opinion publique (Angermeyer et Matschinger, 1996; Allen et Nair, 1997; Corrigan et coll., 2002).

Concrètement, plusieurs études s'intéressent à la façon dont la maladie mentale est présentée dans les médias et aux impacts de cette couverture sur l'opinion publique et l'organisation sociale. Néanmoins, selon nos recherches, peu d'études abordent spécifiquement à la fois la stigmatisation et la démystification de la maladie mentale dans les médias. Ainsi, dans le cadre de ce mémoire de maîtrise, qui s'intéresse à ces deux concepts, il est intéressant de rapporter quelques études pertinentes qui influenceront la suite de ce travail.

D'abord, l'étude de David Day et Stewart Page (1986) qui se penche sur le traitement des troubles de santé mentale dans les journaux canadiens et qui a inspiré plusieurs autres recherches au courant des dernières années. Les auteurs ont étudié 103 articles sélectionnés au hasard contenant le terme « santé mentale » et provenant de 8 journaux entre 1977 et 1984. Ils ont comparé le portrait que ces médias de masse ont fait de la maladie mentale et des personnes atteintes avec celui fait par deux médias spécialisés en santé mentale. En général, les auteurs ont constaté que les journaux traitent la maladie mentale de façon négative, tant sur le plan du ton journalistique que des informations rapportées. Par contre, ils ont constaté que les journaux présentent une image plus positive envers les ressources communautaires et les soins alternatifs qu'envers les méthodes de soins traditionnels comme l'hospitalisation. Ils ont étudié les articles selon la partialité et l'idéologie véhiculée au sujet

de la santé mentale. Une idéologie traditionnelle correspondait à des idées plus conservatrices comme la nécessité de l'hospitalisation et de la prise d'une médication pour une personne atteinte d'une maladie mentale. Une idéologie non traditionnelle évoquait des idées en opposition avec les pratiques conventionnelles de l'hospitalisation et de la médication, comme le concept de santé mentale communautaire. Les auteurs ont constaté, entre autres, qu'il y a plus d'articles négatifs et sensationnalistes en première page que dans les pages secondaires. Cependant, les éditoriaux ont tendance à aborder de façon plus positive les questions liées aux maladies mentales. Ils ont aussi observé que les articles décrivent les personnes atteintes de façon très stéréotypée en leur attribuant des caractéristiques pleines de clichés. Ils ont réalisé que la schizophrénie est surreprésentée dans les médias comparativement au pourcentage de la population atteinte de cette maladie. De plus, les médias ont tendance à faire état des traits de personnalité négatifs associés aux maladies mentales. Par exemple : la dangerosité, la violence, l'imprévisibilité, la dépendance, l'anxiété, l'asociabilité, la tristesse, la paresse, le non-fonctionnement social, l'instabilité, la non-responsabilité de ses actes, la honte et le sentiment de culpabilité. En conclusion, les auteurs affirment que les journalistes semblent avoir des préjugés par rapport aux maladies mentales et qu'il y aurait de la place pour parler d'autres sujets ou en parler autrement. Ils rappellent que les médias ont le pouvoir d'altérer les perceptions ainsi que de modifier et former les attitudes des lecteurs et d'influencer clairement l'opinion de la population.

Ensuite, toujours au Canada, Heather Stuart (2003b) s'est intéressée à une campagne qui visait à sensibiliser un média aux réalités de la maladie mentale. Elle a évalué l'impact d'une intervention de sensibilisation auprès des journalistes d'un quotidien de Calgary sur le traitement médiatique de la maladie mentale, plus spécifiquement de la schizophrénie. Cette initiative, qui visait à favoriser une couverture plus positive de la maladie mentale, a été réalisée dans le cadre du programme « Ouvrir des portes », développé par l'Association internationale de psychiatrie. Ainsi, plusieurs moyens ont été mis en place, dont l'embauche d'un rédacteur pour écrire une série d'articles sur la maladie mentale, l'organisation d'événements locaux de sensibilisation où les journalistes étaient invités à participer et la création d'une banque d'experts en santé mentale, disponibles pour répondre aux questions des médias. L'auteure a étudié 362 articles contenant les mots « maladie mentale »,

« malades mentaux », « schizophrénie » et « schizophrène » publiés 8 mois avant et 16 mois après l'intervention de sensibilisation. L'objectif était d'évaluer, à ces deux moments précis, si les articles publiés dans ce quotidien de Calgary favorisaient la démystification (article positif) ou la stigmatisation (article négatif) de la maladie mentale. L'analyse des articles visait à répertorier les thèmes présentés, les descriptions des maladies mentales (symptômes, diagnostic, traitement), les portraits de personnes atteintes ainsi que les informations relatives au financement et à l'avancée de la recherche dans le domaine de la santé mentale.

Ainsi, l'auteure a observé que les articles positifs étaient deux fois plus nombreux que les articles négatifs autant avant qu'après l'intervention de sensibilisation aux maladies mentales auprès des journalistes. Malgré une nette augmentation des histoires positives, le nombre d'histoires négatives a également augmenté plus spécifiquement au sujet de la schizophrénie. Concrètement, l'intervention de sensibilisation a eu un effet immédiat sur le plan de la quantité et de la qualité des articles positifs, puisque plus d'articles de fond traitant positivement de la maladie mentale ont été répertoriés. Malgré ces résultats encourageants, l'auteure est préoccupée par l'augmentation des nouvelles négatives, plus particulièrement au sujet des personnes atteintes de schizophrénie, la cible du programme de sensibilisation « Ouvrir des portes ». Elle rappelle aussi que cette intervention a bien fonctionné au niveau local, mais que les médias ne sont pas à l'abri de l'influence des sources d'informations nationales ou internationales (autres médias, agences de presse, etc.) qui peuvent teinter négativement le contenu médiatique au sujet de la maladie mentale. Il note entre autres la tendance des autres sources d'informations à associer la maladie mentale à la violence, à l'imprévisibilité et aux crimes. Finalement, l'auteure réitère l'importance d'une alliance pancanadienne pour sensibiliser les médias aux réalités de la maladie mentale pour ainsi diminuer la stigmatisation et favoriser l'intégration des personnes atteintes au sein de la société.

Par ailleurs, plusieurs chercheurs américains se sont aussi penchés sur le traitement médiatique de la maladie mentale, entre autres, JoAnn Thornton et Otto Wahl (1996) ont analysé l'impact des articles de journaux sur l'attitude des lecteurs envers la maladie mentale. Plus précisément, ils ont étudié les impacts de la lecture d'un article rapportant un crime

violent commis par une personne souffrant d'un trouble de santé mentale sur la perception et l'attitude que la population peut avoir vis-à-vis des gens atteints de maladie mentale. Les auteurs ont également étudié les effets sur l'attitude des lecteurs, mais en fournissant cette fois des informations complémentaires avant qu'ils ne fassent la lecture de l'article. Ils sont arrivés à la conclusion que ceux qui ont lu l'article sans consulter les informations complémentaires ont une attitude et une perception plus négatives que ceux qui ont pris connaissance des informations complémentaires avant de lire l'article. Ces résultats appuient l'affirmation selon laquelle les articles négatifs publiés dans les médias contribuent à développer des attitudes négatives envers les personnes souffrant de maladie mentale au sein de la population. La présence d'informations complémentaires, avant la lecture des articles concernés, pourrait contribuer à diminuer grandement ces effets négatifs.

De leur côté, Otto Wahl, Amy Wood et Renee Richards, s'intéressent à l'évolution de la façon dont les médias rapportent les faits reliés à la maladie mentale. Les auteurs ont étudié 300 articles de journaux contenant l'expression « maladie mentale » provenant de 6 médias écrits américains différents en 1989 et 1999 (Wahl, Wood et Richards, 2002). Ils ont relevé le vocabulaire employé ainsi que le thème principal et le ton général de chaque article. L'étude de ces articles a permis de constater une évidente inégalité sociale entre les personnes qui souffrent de maladie mentale et le reste de la population. De plus, autant en 1989 qu'en 1999, des thèmes négatifs et évoquant la dangerosité sont très présents dans les articles étudiés quand il est question de maladie mentale. Enfin, les auteurs ont pu constater que les médias rapportent peu d'informations concrètes au sujet de la maladie mentale. Les articles étudiés ont tendance à ne pas nommer spécifiquement le trouble de santé mentale dont il est question, à ne pas décrire les symptômes de cette maladie et à ne pas présenter les perceptions d'une personne atteinte de troubles de santé mentale.

Pour leur part, Patrick W. Corrigan et ses collègues (Corrigan et coll., 2005) s'intéressent aux thèmes abordés par des articles qui traitent de maladies mentales afin de mesurer le stigmate structurel des journaux. Pour eux, le stigmate structurel est créé par les forces sociopolitiques : il représente les politiques des institutions privées et gouvernementales qui restreignent les opportunités de groupes qui sont stigmatisés au sein de la société. Selon

Corrigan, les journaux, à titre d'institutions privées, font preuve de stigmatisme structurel puisqu'ils répandent des messages stigmatisants et propagent des préjugés au sujet de la maladie mentale, favorisant ainsi la discrimination des personnes atteintes au sein de la communauté. Dans le cadre de cette étude, plus de 3 350 articles pertinents traitant de maladie mentale et contenant les termes « mental », « psych » et « schizo » ont été identifiés dans 70 journaux américains et analysés pendant 6 semaines non consécutives en 2002. Influencés par les études de Day et Page (1986) et de Wahl, Wood et Richards (2002), les auteurs ont classé les articles par thèmes selon quatre grandes catégories, soit la dangerosité, la responsabilité, le traitement et le rétablissement ainsi que les actions de défense des droits. Ils ont observé que plus du tiers des articles analysés associaient la maladie mentale à la dangerosité et à la violence et que, le plus souvent, ceux-ci se retrouvaient en première page des journaux. Néanmoins, les auteurs ont constaté que de plus en plus d'articles expliquent la causalité des maladies mentales par des facteurs génétiques, biologiques ou environnementaux. Ils ont cependant noté que peu d'articles présentent les traitements biologiques ou psychosociaux associés aux maladies mentales et abordent le concept de rétablissement. Toutefois, près du quart des articles étudiés traitent de thèmes relatifs aux actions de défense des droits tels que le manque de ressources, le besoin de meilleurs soins, l'absence d'hébergement adapté et l'égalité sociale. En s'intéressant au stigmatisme structurel ainsi qu'aux politiques et aux pratiques des journaux sélectionnés, les auteurs ont remis en question leurs hypothèses de départ. Ce portait de la présentation de la maladie mentale dans les médias leur a permis de constater que la situation s'améliore et que l'opinion publique est en train d'évoluer spécifiquement sur les thèmes relatifs aux causes des maladies mentales et aux actions de défense des droits. Corrigan et Watson estiment qu'il est nécessaire de réaliser régulièrement ce genre d'études pour influencer le traitement médiatique de la maladie mentale. Il reste certes du travail à faire, mais ils souhaitent que la tendance des médias à présenter la maladie mentale sous un angle positif puisse se maintenir et continuer à évoluer.

Finalement, bien que le présent travail de maîtrise n'ait pas comme objectif de dresser un portrait de la présentation de la maladie mentale dans les médias selon l'âge des personnes atteintes, il semble tout de même pertinent de se pencher sur les résultats de Natalie B. Slopen et de ses collègues (Slopen et coll., 2007), qui nous amènent à réfléchir sur la

partialité des journalistes. En effet, ils ont réalisé une étude qui visait à évaluer la couverture de la maladie mentale chez les enfants et les adultes dans 70 journaux américains durant six semaines non consécutives en 2002. Ils ont utilisé le corpus d'articles de leurs collègues de l'Université de Chicago (Corrigan et coll., 2004) pour sélectionner 1 252 articles pertinents traitant de la maladie mentale chez les enfants (243 articles) et chez les adultes (1009 articles). Influencées par Wahl, Wood et Richards (2002), les auteures ont classé les articles à l'étude selon quatre catégories : la cause ou l'origine de la maladie mentale, la dangerosité, le traitement et le rétablissement ainsi que les problèmes du domaine de la santé mentale. En complément, leur analyse s'est aussi intéressée aux types d'articles, aux maladies mentales présentées, aux différents thèmes abordés et aux éléments du journalisme responsable. D'abord, la comparaison des articles selon les groupes d'âge a révélé que les troubles de santé mentale chez les enfants font plus souvent l'objet d'articles de fond qui abordent surtout les troubles du comportement, l'abus de drogues ou d'alcool, le déficit d'attention avec hyperactivité, les troubles anxieux et les troubles de l'alimentation. De plus, ces mêmes articles ont tendance à contenir des thèmes qui expliquent les causes de la maladie mentale et les traitements ou qui critiquent le domaine de la santé mentale. Ensuite, l'analyse a démontré que les maladies mentales chez les adultes font surtout l'objet d'articles de moindre importance qui évoquent plus particulièrement le comportement antisocial, la schizophrénie, la psychose, la dépression ainsi que l'abus de drogues et d'alcool. Ces mêmes articles abordent principalement les thèmes de la dangerosité et du crime, mais aussi des traitements et du rétablissement. Slopen et ses collègues ont noté que les articles traitant de troubles de santé mentale chez les enfants ont plus tendance à incorporer des éléments de journalisme responsable que ceux traitant des maladies mentales chez les adultes. Ainsi, les auteurs ont observé que lorsqu'il est question de maladie mentale chez les enfants, les journalistes ont davantage tendance à intégrer des points de vue d'experts et des statistiques relatives à la maladie mentale et à éviter d'utiliser un jargon terminologique ou stigmatisant. Ils espèrent que ces résultats vont encourager les journalistes à présenter la maladie mentale avec le contexte et les nuances nécessaires afin de favoriser une meilleure compréhension, une couverture plus objective et une transmission d'informations exactes aux lecteurs.

CHAPITRE III

QUESTIONS ET HYPOTHÈSES DE RECHERCHE

À la lumière des faits énoncés précédemment, l'objet et l'orientation de ce mémoire de maîtrise se définissent de façon plus précise. Ainsi, ce chapitre présente la formulation de la question de recherche et les hypothèses de recherche associées.

3.1 Objet de recherche

Dans le cadre des réflexions qui ont mené à la définition de l'objectif de recherche, plusieurs interrogations et préoccupations se présentent :

- Quelle importance les médias accordent-ils à la maladie mentale?
- Quels sont les messages que les médias transmettent au grand public concernant la maladie mentale?
- Est-ce que les médias présentent un portrait réaliste et pertinent de la maladie mentale dans notre société?
- Est-ce que les médias contribuent à la stigmatisation de la maladie mentale?
- Est-ce que les médias contribuent à la démystification de la maladie mentale?

Puisque ces questions, au sens large, ne peuvent pas trouver de réponses au sein de ce seul projet de mémoire, le choix de s'intéresser spécifiquement à la stigmatisation et à la démystification a été fait. Malgré les efforts de démystification, le Service des communications de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine reçoit encore des appels de journalistes qui énoncent des faits erronés ou des préjugés au sujet de la maladie mentale. C'est pourquoi ce travail cherche à comprendre de quelle façon les médias écrits présentent la maladie mentale et leur rôle dans la stigmatisation et la démystification de celle-ci.

3.2 Question de recherche

Stigmatisation ou déstigmatisation : quelles sont les représentations de la maladie mentale dans les principaux médias écrits francophones au Québec de janvier à mars 2007?

3.3 Hypothèses

Les médias de masse contribuent à la stigmatisation de la maladie mentale au sein de la société et de l'opinion publique. Plus précisément, lorsqu'il est question de santé mentale :

- Les médias présentent des informations sensationnalistes;
- Les médias présentent seulement les situations aiguës et exceptionnelles;
- Les médias laissent de côté la prévention et la sensibilisation;
- Les médias présentent majoritairement des faits émotifs;
- Les médias présentent un portrait négatif;
- Les médias présentent les personnes atteintes de façon stéréotypée en leur attribuant des traits de personnalité négatifs associés aux maladies mentales;
- Les médias évoquent des stigmates de la personnalité et du passé.

3.4 Stratégie de recherche

Dans le cadre de ce mémoire, il a été choisi d'étudier la santé mentale dans les principaux médias écrits francophones du Québec. L'objectif de recherche est d'observer comment la maladie mentale est représentée dans ces quotidiens afin de dresser un portrait général de la situation. Nous avons choisi d'étudier les articles parus entre le 1^{er} janvier et le 31 mars 2007 puisque cette période coïncide avec une semaine thématique en santé mentale où les médias sont plus susceptibles d'aborder la maladie mentale. En effet, au courant de l'année, il y a trois moments charnières pour la sensibilisation aux maladies mentales, soit la Semaine de prévention du suicide en février, la Semaine de la santé mentale en mai et la Semaine de sensibilisation aux maladies mentales en octobre.

CHAPITRE IV

MÉTHODOLOGIE

Afin de procéder à l'analyse des articles à l'étude, une approche méthodologique et une grille d'analyse ont été développées. Ainsi, le présent chapitre présente le choix du type d'analyse, la façon dont les articles ont été sélectionnés, la définition des catégories d'analyse et la description de la méthode d'analyse.

4.1 Type d'analyse

Il a été décidé de faire appel à la méthode d'analyse de presse présentée par Lise Chartier dans l'ouvrage *Mesurer l'insaisissable : méthode d'analyse du discours de presse* (2003). L'analyse de presse est une méthode d'analyse de contenu, c'est-à-dire « une technique de recherche pour la description objective, systématique et quantitative du contenu manifeste (et latent) des communications, ayant pour but de les interpréter. » (Barelson, 1952) L'analyse de contenu peut être quantitative ou qualitative et s'applique à tout type de communication qu'elle soit verbale, visuelle, écrite ou sonore. (Bardin, 1977) L'objectif est de comprendre le sens et l'impact des informations présentées par les médias grâce à des techniques de découpage et de codage.

L'analyse de presse se différencie de l'analyse de contenu par son unité de mesure, qu'on appelle *unité d'information*. Ce terme se définit comme une mesure qui « correspond à une portion de texte découpée à partir d'un document de presse faisant partie d'un corpus d'analyse, et dont le contenu traite d'un sujet déterminé et s'insère sous une ou plusieurs classifications. » (Chartier, 2003, p. 255) Concrètement, lorsque nous analysons un corpus de presse, nous étudions des faits. L'utilisation des unités d'information permet de décortiquer le contenu afin de percevoir et de décoder les significations de l'information. L'analyse de

presse « décèle le surplus de signification d'un récit de presse, elle le quantifie et l'évalue, dégageant par cette méthode plusieurs renseignements à propos du contenu étudié. » (Chartier, 2003, p. 24)

Dans le contexte de ce mémoire de maîtrise, l'analyse de presse a été déterminée comme étant la méthode la plus appropriée pour analyser le corpus d'articles sélectionné. D'une part, parce que l'objectif est de quantifier le discours et d'autre part parce qu'il s'agit aussi de qualifier le discours (négatif, neutre ou positif).

4.2 Sélection des articles

Les articles pertinents au présent travail de recherche ont été répertoriés, au début de la rédaction de ce mémoire, dans les revues de presse non exhaustives, datées de janvier à mars 2007, préparées pour le Service des communications de l'Institut Douglas. Ce trimestre de l'année a été retenu puisqu'il inclut la Semaine de prévention du suicide, qui est un moment propice pour les médias d'aborder des thèmes ou de présenter des histoires en lien avec la maladie mentale. En effet, près des trois quarts des personnes commettant un suicide souffrent de dépression et entre 5 et 10 % des personnes atteintes de schizophrénie meurent par suicide. (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011; Société canadienne de la schizophrénie, 2007). En outre, durant cette période, le quotidien La Presse a publié une série d'articles traitant spécifiquement de la maladie mentale dans le réseau de la santé québécois. Nous avons jugé qu'il serait pertinent d'analyser cette série d'articles uniques.

Dans un premier temps, plus de 300 articles comportant un ou des mots-clés associés aux maladies mentales ont été ainsi répertoriés². Par la suite, le corpus d'analyse a été ramené à 198 articles en sélectionnant seulement ceux dont le sujet principal était la maladie mentale et qui ont été publiés dans les quotidiens francophones de Montréal (La Presse, Le Devoir, Le Journal de Montréal, Journal Métro, 24H) et de Québec (Le Soleil, Le Journal de Québec).

² Voir l'annexe A pour les détails des revues de presse préparées pour le Service des communications de l'Institut Douglas

Le choix de ces médias repose sur la complémentarité de leurs caractéristiques spécifiques. D'abord, ils sont comparables sur le plan de leur portée auprès de la population francophone de Montréal et de Québec; un large public est susceptible d'être rejoint par ces médias. Ensuite, ils sont comparables au niveau de l'étendue de leur lieu de distribution et de diffusion. Concrètement, ces médias couvrent le territoire montréalais en plus d'être offerts dans les autres régions du Québec.³

La première lecture de ces articles a permis de constater que les termes « maladie mentale » et « santé mentale » sont largement utilisés pour généraliser les différentes pathologies. De plus, il a été observé que de nombreux articles font appel à des termes génériques tels que : problèmes psychiatriques, déprime et troubles mentaux. Le tri s'est poursuivi en conservant exclusivement les articles dont le sujet principal était les troubles de santé mentale et qui nommaient spécifiquement une maladie. Toutefois, il a été choisi de mettre de côté les articles abordant une maladie mentale dont le développement pourrait être grandement relié à des causes externes, telles que le contexte social et économique, l'alimentation et les troubles neurologiques. Pour ce faire, les articles traitant principalement de stress post-traumatique, de toxicomanie, de troubles de l'alimentation, de maladie d'Alzheimer, de syndrome Gilles de la Tourette, de déficit de l'attention, d'hyperactivité et de troubles du comportement ont été éliminés du groupe d'analyse. En outre, nous avons fait le choix de conserver les articles qui traitent des conséquences de la maladie mentale sur les personnes atteintes, leurs proches et la société ainsi que sur les caractéristiques de la maladie (symptômes, définition) et les faits scientifiques associés. C'est pourquoi les articles rapportant principalement des faits divers et autres gestes violents, illégaux ou controversés commis par une personne atteinte d'une maladie mentale n'ont pas été retenus. L'objectif est de se concentrer sur des articles dont le sujet principal est la maladie mentale et qui font référence à la schizophrénie, aux troubles psychotiques, à la dépression et aux troubles bipolaires.⁴

³ Voir les annexes B et C pour les détails du lectorat et du tirage des quotidiens québécois

⁴ Voir l'annexe E pour connaître les définitions de ces maladies mentales

Ainsi, l'échantillonnage final est composé de 22 articles⁵ qui ont été publiés du 1^{er} janvier au 30 mars 2007 dans Le Journal de Montréal, La Presse, Le Devoir et le Journal Métro. Suite au tri, aucun article publié dans les quotidiens de la ville de Québec n'a été retenu.

L'objectif de ce travail de maîtrise est de dresser un portrait de la situation à ce moment précis et non de démontrer l'évolution des choses à travers le temps. C'est pourquoi le choix a été fait de conserver le corpus d'articles initialement sélectionné en 2007 au Service des communications de l'Institut Douglas.

4.3 Catégories d'analyse

D'abord, des catégories d'analyse auxquelles ont été associées plusieurs pistes de réflexion ont été déterminées afin de pouvoir élaborer des critères d'analyse pertinents.

- **Quand et dans quel quotidien l'article a-t-il été publié?**

Cette question permet de situer la publication des articles à travers le temps et le type de médias. À quelle occasion ont-ils été publiés? Est-ce que les thèmes abordés correspondent à des événements ou à des moments précis?

- **Quelles sont les sources du journaliste?**

Cette question permet d'évaluer l'exactitude des articles étudiés. Quelles sont les sources d'information qui ont permis de rédiger cet article? Qui sont les gens qui y sont cités? Des experts (cliniciens, médecins, chercheurs, intervenants spécialisés), des proches, une personne atteinte de maladie mentale? S'agit-il de la publication d'une nouvelle étude, d'une annonce officielle des autorités en place ou de l'établissement concerné?

⁵ Voir l'annexe G pour consulter le corpus des articles sélectionnés

- **Quels sont le sujet et le type d'information de l'article?**

Cette question permet d'observer l'évolution du contenu informatif relatif aux maladies mentales dans les articles étudiés. Quels troubles de santé mentale sont présentés et de quelle façon en parle-t-on? Est-ce qu'il s'agit de faits qui correspondent à des conséquences pour la personne atteinte, ses proches ou la société? Est-il plutôt question de symptômes, de définition de maladie ou de faits scientifiques?

- **Sous quel angle le sujet est-il traité?**

Cette question permet de déterminer la façon dont le journaliste a choisi de présenter la maladie mentale. Est-ce que l'objectif de l'article est de faire état d'un crime? Ou plutôt de sensibiliser les lecteurs aux réalités et aux besoins des personnes atteintes de maladie mentale? Est-ce l'occasion de rapporter une politique gouvernementale ou de donner plus d'information sur un établissement psychiatrique?

- **Qui est l'auteur de l'article?**

Cette question permet de préciser la fonction et le sexe de l'auteur de l'article. Qui signe l'article étudié? Une femme ou un homme? Un journaliste généraliste, un journaliste spécialisé dans les questions de santé ou un éditorialiste? Un professionnel de la santé ou une personne du grand public?

- **De quel type d'article s'agit-il?**

Cette question permet de spécifier la longueur, le nombre d'unités d'information et les caractéristiques de l'article étudié. Est-ce qu'il s'agit d'un long article ou d'une manchette? D'un dossier spécial ou d'une lettre ouverte? À quel endroit dans le journal l'article est-il publié? À la une, dans les premières pages (1 à 4) ou dans les pages secondaires?

Ensuite, les concepts présentés dans le cadre théorique⁶ ont permis de compléter l'élaboration des critères d'analyse.

- **Les stigmates (E. Goffman)**

De quelle façon les personnes concernées dans les articles étudiés sont-elles présentées au lecteur? Est-ce que le journaliste réfère à des stigmates pour caractériser ces personnes? Il peut s'agir de stigmates corporels tels que les défauts physiques, une malformation ou un handicap intellectuel. Il peut aussi faire état de stigmates de la personnalité ou du passé comme les troubles du comportement, les maladies mentales, la toxicomanie, la vie carcérale ou le chômage. Il peut aussi évoquer des stigmates tribaux comme l'ethnie, la religion, la nationalité, le sexe.

- **L'étiquette sociale (E. Goffman)**

Est-ce que le contenu de l'article présente les agissements des personnes concernées comme des comportements qui ne correspondent pas aux étiquettes sociales? Est-ce que ces comportements vont à l'encontre des normes sociales/lois ou du jugement personnel de la communauté?

- **Le groupe de référence (G. Swain & M. Gauchet)**

Quelle est la position des personnes concernées par rapport au groupe de référence? Sont-elles rejetées du groupe à cause de leur « anormalité »? Sont-elles au contraire qualifiées de « semblables » et donc acceptées par le groupe? Ou encore, n'ont-elles aucune similarité ou différence par rapport au groupe?

- **La partialité et le ton du journaliste (J.-L. Martin-Lagardette et L. Chartier)**

Est-ce que le journaliste présente les faits complets avec objectivité? Est-ce que le contenu de l'article révèle l'opinion personnelle du journaliste? Fait-il état de ses préférences, ses partis pris, ses préjugés, ses jugements ou de ses émotions?⁷ Quel ton adopte-t-il face au sujet abordé?

⁶ Voir Chapitre II

⁷ Voir l'annexe D pour connaître les définitions des différents types de partialité

- **Les stéréotypes (D.Day & S. Page)**

Quels traits de personnalité négatifs associés aux maladies mentales sont présentés dans les articles étudiés? La dangerosité, la violence, l'imprévisibilité, la dépendance, l'anxiété, l'asociabilité, la tristesse, la paresse, le non-fonctionnement social, l'instabilité, la non-responsabilité de ses actes, la honte, les idées suicidaires, le sentiment de culpabilité?

Finalement, une grille d'analyse a été créée selon les critères suivants :

Contexte

- Nombre d'unités d'information
- Disposition
- Type d'information
- Troubles de santé mentale
- Date
- Type d'article
- Angle de traitement
- Médias
- Type d'auteur
- Sources d'information

Contenu

- Étiquettes sociales
- Stigmates
- Stéréotypes
- Groupes de référence

Positionnement

- Partialité
- Ton du journaliste

4.4 Méthode d'analyse

Puisque le corpus d'articles étudiés était peu élevé (n=22 articles), il a été choisi de ne pas faire appel à un logiciel spécialisé afin de comptabiliser les données. Ainsi, la grille d'analyse a été créée et construite dans le logiciel Excel de façon à attribuer une colonne à chaque critère sous lequel se trouvaient les différents sous-critères.⁸ Par exemple, le critère « ton du journaliste » est composé de trois sous-critères soit « ton positif », « ton neutre » et « ton négatif ».

⁸ Voir l'annexe H pour consulter la grille d'analyse

D'abord, les critères d'évaluation qui revenaient une seule fois pour chacun des 22 articles ont été entrés manuellement dans la grille d'analyse. Ces critères sont : le nombre d'unités, la date de publication, le média, le type d'article, le trouble de santé mentale concerné, l'angle de traitement, la disposition de l'article et le type d'auteur.

Ensuite, chaque article a été étudié afin de découper le contenu en unité d'information selon la méthode Chartier (Chartier, 2003). Le regroupement ou la division des phrases a été fait en fonction du nombre d'idées qu'elles comportaient. Ici, les unités d'information sont des regroupements ou des segments de phrases qui correspondent à une idée complète. Ainsi, 568 unités d'information ont été évaluées individuellement selon les critères des sources d'information, du type d'information, des stigmates, d'étiquettes sociales, de groupes de référence, de stéréotypes, du ton et de la partialité du journaliste. Par exemple, lorsqu'une unité d'information énonçait le stigmate de maladie mentale, un « 1 » était inscrit dans la colonne de ce critère, et ainsi de suite.

Après avoir comptabilisé la fréquence de chaque sous-critère, une analyse statistique a été effectuée afin de faire ressortir les faits saillants et construire des graphiques pertinents.

L'objectif était de déterminer la prévalence des différents sous-critères d'analyse dans chacun des articles et selon les différents médias. Afin de pouvoir comparer les données entre chacun des médias de façon proportionnelle, il était essentiel de considérer l'inégalité de la taille des articles et du nombre d'articles par médias. Considérant que ce travail de recherche s'intéresse à la stigmatisation et à la démystification de la maladie mentale dans les médias, il n'a pas été jugé pertinent d'utiliser une moyenne pondérée. En effet, concrètement les articles n'ont pas été évalués en fonction de leur poids, c'est-à-dire de leur influence médiatique, mais plutôt sur la base de leur contenu. C'est pourquoi la moyenne arithmétique a été retenue comme outil de mesure statistique. Elle est obtenue en divisant la somme de toutes les valeurs par le nombre de valeurs. En termes concrets, en prenant pour exemple le calcul de la moyenne d'un sous-critère dans un article, il faut diviser la somme des unités d'information répondant au sous-critère par le nombre total d'unités d'information que contient l'article. (Howell, 1998)

L'exemple de l'évaluation du critère « ton du journaliste » (Tableau 4.1) illustre la façon dont la moyenne arithmétique a été utilisée. Dans l'article n° 1 publié dans le Journal de Montréal, 16 unités d'information parmi 19 ont été qualifiées de « neutres » par rapport au ton du journaliste. C'est donc dire que 16/19 unités d'information, soit 84 % des unités d'information de l'article no 1 présentent des faits où le journaliste adopte un ton neutre. La même méthode est reprise pour le sommaire de chacun des médias. Toujours pour le Journal de Montréal, 43 unités d'information sur un total de 53 ont été évaluées sous le sous-critère « neutre ». C'est donc dire que 43/53 unités d'information, soit 81 % des unités d'information présentent des faits où le journaliste adopte un ton neutre. Enfin, tous médias confondus, un portrait général du corpus a également été dressé, toujours en utilisant la moyenne arithmétique. Ainsi, il est possible d'affirmer que 43 % des 568 unités d'information étudiées ont été qualifiées de « neutres » par rapport au ton du journaliste.

La moyenne arithmétique permet de dresser un portrait général des résultats obtenus et de comparer les articles ou les médias entre eux ou par rapport au corpus de façon proportionnelle et significative.

Il est à noter que tous les tableaux de moyenne arithmétique des apparitions de chacun des sous-critères se retrouvent en annexe de ce mémoire.

Tableau 4.1 — Exemple de moyenne arithmétique

Ton du journaliste							
Média/Numéro d'article	Fréquences des unités d'information	Fréquence de ton positif	Fréquence de ton neutre	Fréquence de ton négatif	Moyenne de ton positif	Moyenne de ton neutre	Moyenne de ton négatif
Journal de Montréal	53	5	43	5	9 %	81 %	9 %
1	19	1	16	2	5 %	84 %	11 %
3	9		9			100 %	
13	6		6			100 %	
21	10	1	9		10 %	90 %	
22	9	3	3	3	33 %	33 %	33 %
Journal Métro	13		13			100 %	
6	13		13			100 %	
La Presse	422	43	163	214	10 %	39 %	51 %
2	31	4	23	4	13 %	74 %	13 %
5	26	1	25		4 %	96 %	
7	55		18	37		33 %	67 %
8	20	12	7	1	60 %	35 %	5 %
9	89	7	22	59	8 %	25 %	66 %
10	74	9	17	47	12 %	23 %	64 %
11	9		5	4		56 %	44 %
12	7		2	5		29 %	71 %
14	27	1	4	22	4 %	15 %	81 %
15	7	3	4		43 %	57 %	
16	53	6	12	35	11 %	23 %	66 %
17	7		7			100 %	
18	9		9			100 %	
20	8		8			100 %	
Le Devoir	80	31	25	24	39 %	31 %	30 %
4	23	4	19		17 %	83 %	
19	57	27	6	24	47 %	11 %	42 %
Total général	568	79	244	243	14 %	43 %	43 %

CHAPITRE V

RÉSULTATS

Ce mémoire de maîtrise s'intéresse à la façon dont la maladie mentale est présentée dans les médias écrits francophones au Québec. Est-ce que les articles publiés à ce sujet sont teintés de préjugés et de stéréotypes ou contribuent-ils plutôt à démystifier les troubles de santé mentale? Le chapitre suivant présente les résultats obtenus grâce à l'analyse des 22 articles à l'étude. D'abord un portrait général sera dressé, ensuite les résultats seront présentés de façon plus spécifique et détaillée.

5.1 Portrait général

L'illustration à la page 28 (figure 5.1) présente les résultats les plus fréquents obtenus en fonction des critères d'analyse. Chacun des critères est présenté en gros caractère gras et s'est vu accorder une couleur distincte. En dessous de chaque critère, en plus petits caractères, se retrouvent les sous-critères associés, en ordre décroissant de fréquence.

Les différents critères représentés sont : groupes de référence, sources d'information, angles, ton, troubles de santé mentale, disposition, médias, types d'information, partialité, stéréotypes, stigmates, type d'articles et type d'auteurs. À noter que les critères d'analyse du nombre moyen d'unités d'information et de la date sont absents dans l'illustration ci-dessus, mais seront présentés en détail dans la section suivante. De plus, le concept d'étiquettes sociales n'a pas été considéré puisque les résultats ne sont pas significatifs.

Ainsi, il est possible d'affirmer qu'à ce moment précis parmi les articles sélectionnés, le trouble de santé mentale le plus fréquent est la dépression, que la majorité des articles sont publiés dans les pages secondaires du journal La Presse et qu'ils présentent les conséquences

sur la personne atteinte de maladie mentale sous forme de faits complets, qu'ils rapportent des études scientifiques ou des publications officielles, qu'ils visent à sensibiliser le lecteur aux maladies mentales, qu'ils sont principalement teintés du stigmate de la maladie mentale et du stéréotype de la violence, qu'ils présentent des personnes qui sont exclues du groupe de référence et qu'ils sont rédigés sous un ton neutre par une journaliste généraliste de sexe féminin.



Figure 5.1 — Portrait général des résultats

5.2 Résultats spécifiques

Les sections suivantes présentent des graphiques qui illustrent de façon détaillée les résultats de la compilation des données.

5.2.1 Contexte

Les 22 articles étudiés ont été publiés entre le 1^{er} janvier et le 30 mars 2007 dans La Presse, le Journal de Montréal, le Devoir et le Journal Métro (figure 5.2). Il est possible d'observer deux catégories de médias, ceux qui sont composés d'un grand nombre d'unités d'information par article, en moyenne 31,4 (La Presse et Le Devoir) et ceux qui comportent un plus petit nombre d'unités d'information par article, en moyenne 11 (Journal Métro et le Journal de Montréal). La majorité de ces articles proviennent du journal La Presse (figure 5.2). Au total, 568 unités d'information ont été analysées. Le nombre élevé d'articles de La Presse s'explique par le fait que le quotidien a publié un important dossier sur la pédopsychiatrie du 5 au 7 février 2007, soit pendant la Semaine de prévention du suicide.

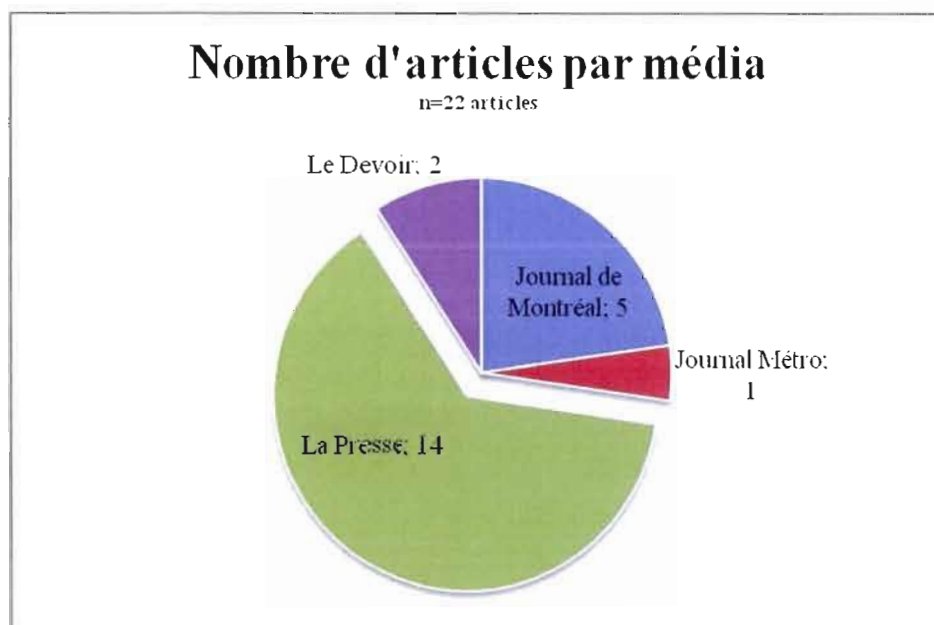


Figure 5.2 — Nombre d'articles par média

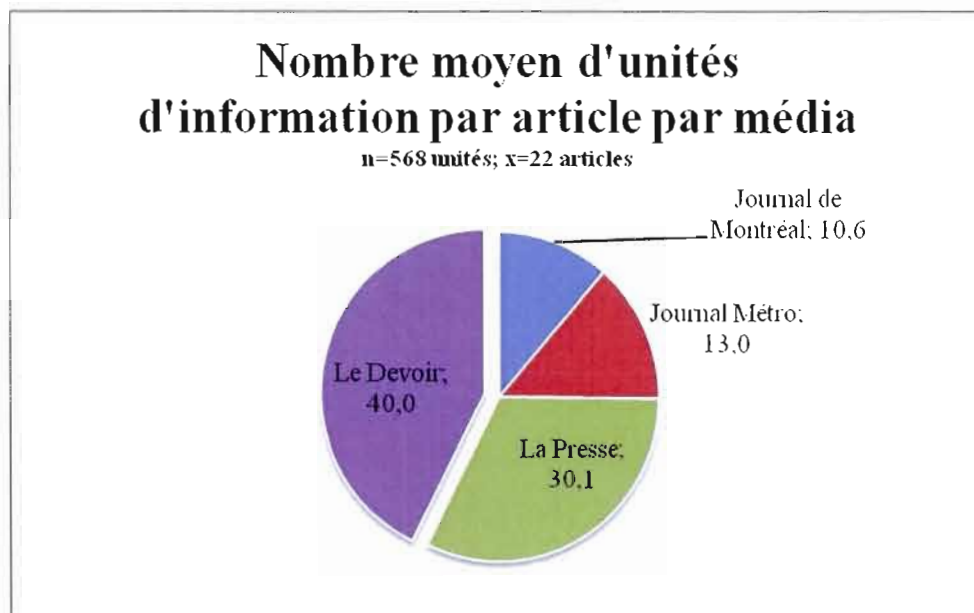


Figure 5.3 — Nombre moyen d'unités d'information par article par média

La figure 5.4 présente les différentes sources d'information auxquelles les journalistes font référence pour chacune des unités d'information des articles étudiés.⁹ Elle démontre que ces informations proviennent surtout de témoignages et de propos des experts en santé mentale, des proches ou des personnes atteintes. À noter que le sous-critère « témoignage » a été considéré lorsque le journaliste cite textuellement une personne précise. Tandis que le sous-critère « experts, proches, personnes atteintes » a été considéré lorsque le journaliste rapportait dans ses mots, les propos d'une personne précise. De plus, il est possible d'observer, particulièrement dans le Journal de Montréal, que plusieurs articles évoquent des faits provenant d'études scientifiques ou de publications officielles. Les articles de La Presse énoncent plus souvent des faits sans référence. De plus, les articles du Devoir font appel à des sources documentaires comme un ouvrage publié par des historiens et un article d'une revue scientifique. À noter que certaines unités d'information réfèrent à plus d'une source, ce qui explique le fait que les pourcentages soient supérieurs à 100 %.

⁹ Voir l'annexe F pour consulter le tableau présentant les fréquences des sources d'information

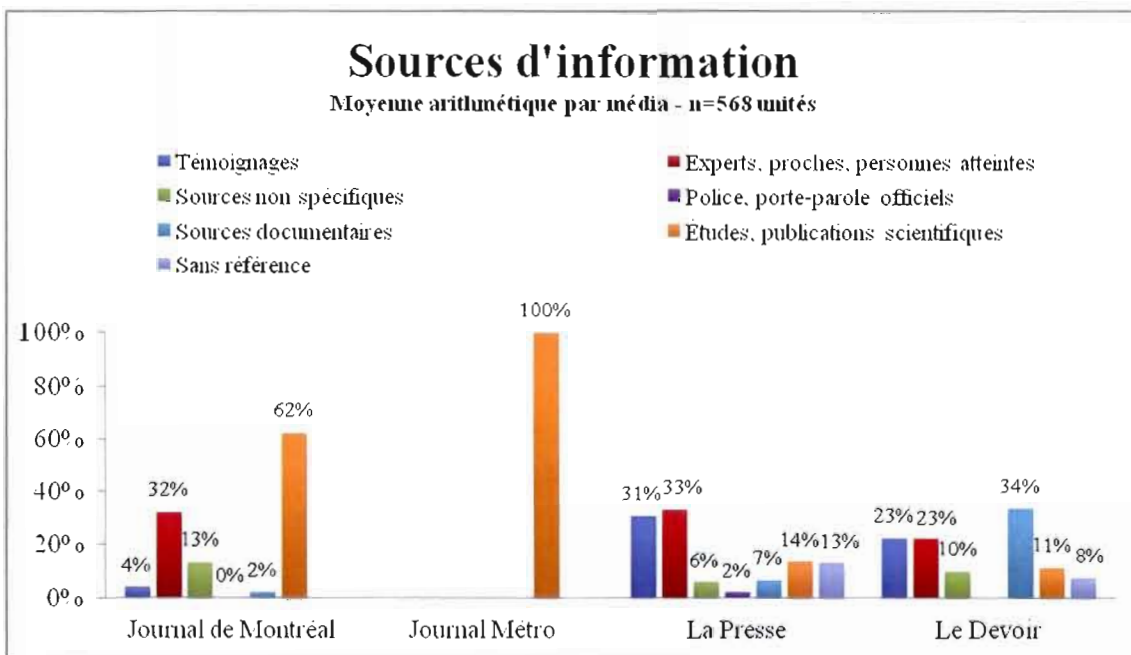


Figure 5.4 — Sources d'information — moyenne arithmétique

Les troubles de santé mentale les plus souvent évoqués dans les articles étudiés sont d'abord la dépression puis la psychose (figure 5.5).¹⁰ La majorité des unités d'information abordent les conséquences de la maladie mentale sur les personnes atteintes et sur la société ainsi que les résultats d'études scientifiques (figures 5.6).¹¹ C'est surtout dans les articles de La Presse qu'on retrouve des unités d'information qui évoquent les conséquences sur les proches, décrivent les symptômes et définissent la maladie. À noter que certains articles nomment plus d'une maladie et que plusieurs unités d'information peuvent adhérer à plus ou à aucun type d'information, ce qui explique le fait que les fréquences et les pourcentages soient supérieurs à 22 articles et à 100 %.

¹⁰ Voir l'annexe E pour connaître les définitions de ces maladies mentales

¹¹ Voir annexe F pour consulter le tableau présentant les fréquences des types d'information

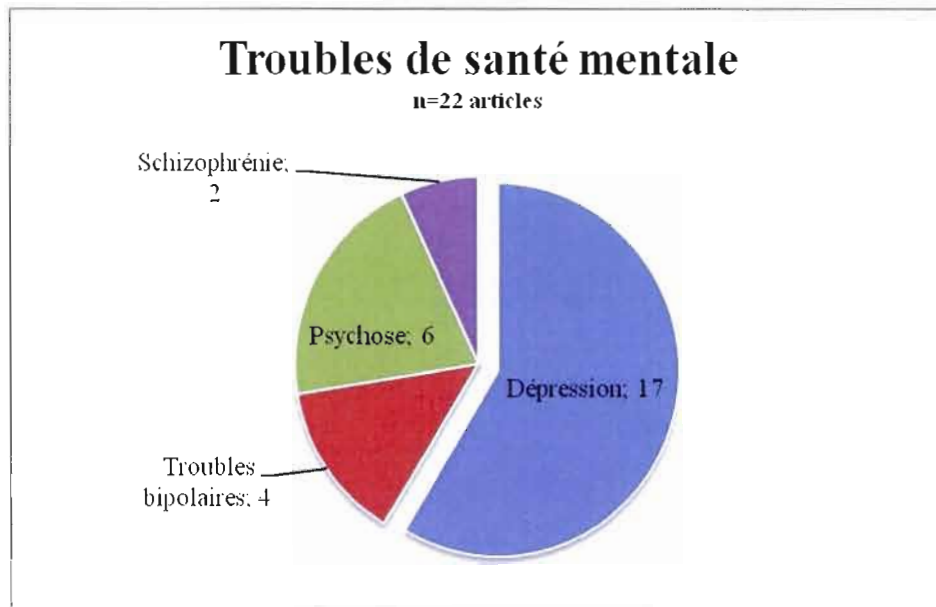


Figure 5.5 — Troubles de santé mentale

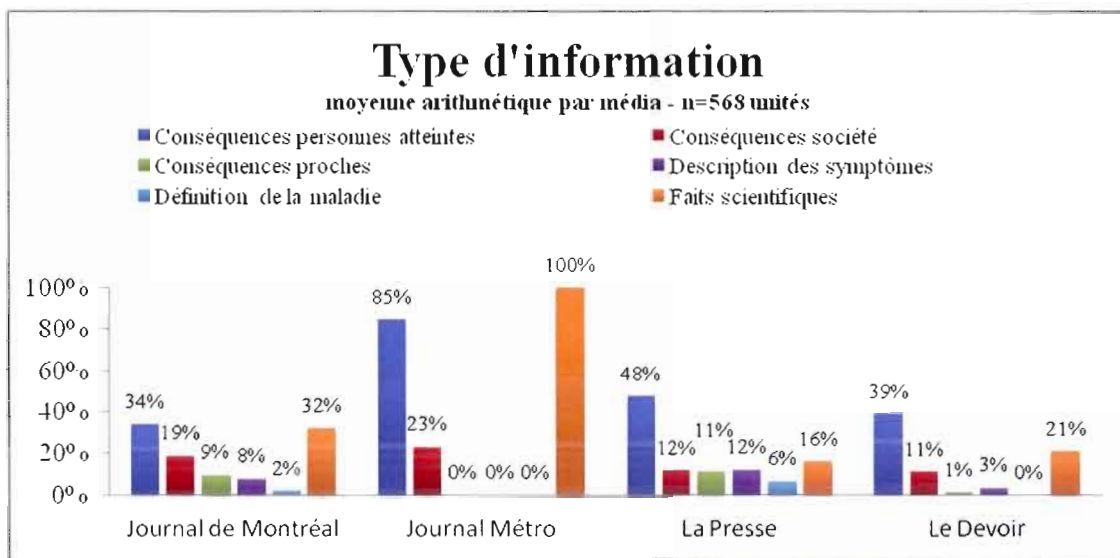


Figure 5.6 — Type d'information — moyenne arithmétique

Les articles étudiés visent principalement à sensibiliser le lecteur aux réalités de la maladie mentale. De plus, une majorité d'articles traitent des soins offerts et des besoins spécifiques des personnes atteintes de maladie mentale (figure 5.7). À noter que certains articles adoptent plus d'un angle, ce qui explique le fait que les fréquences soient supérieures à 22 articles.

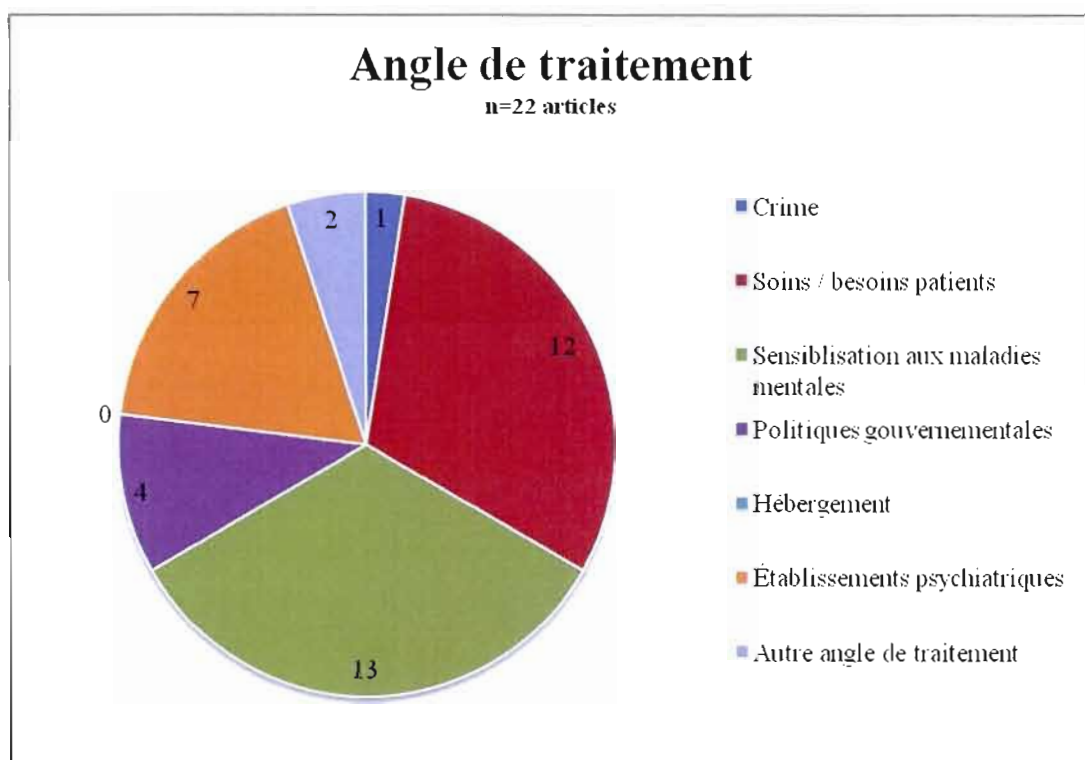


Figure 5.7 — Angle de traitement

La grande majorité des articles étudiés sont publiés dans les pages secondaires des quotidiens (figure 5.8). La Presse est le seul média qui publie des articles à la une et qui consacre un dossier spécial au sujet de la santé mentale. Les articles étudiés ont été en majorité écrits par des journalistes généralistes de sexe féminin (figure 5.9). Cependant, les articles publiés dans le Devoir ont été exclusivement rédigés par des femmes tandis que dans le Journal de Montréal ils ont été écrits exclusivement par des hommes ou par des agences de presse.

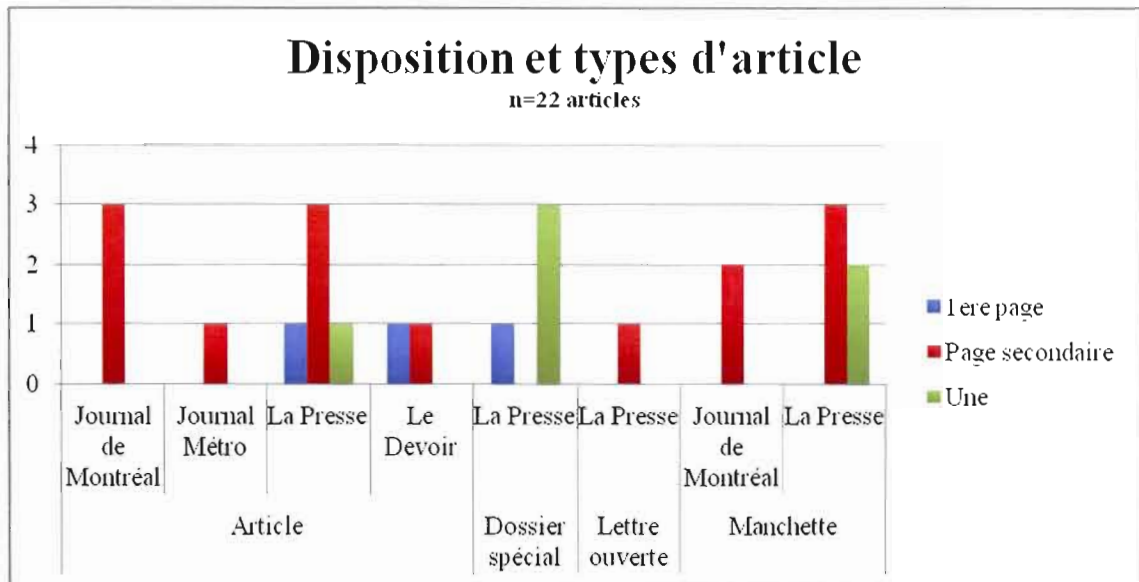


Figure 5.8 — Disposition et types d'article

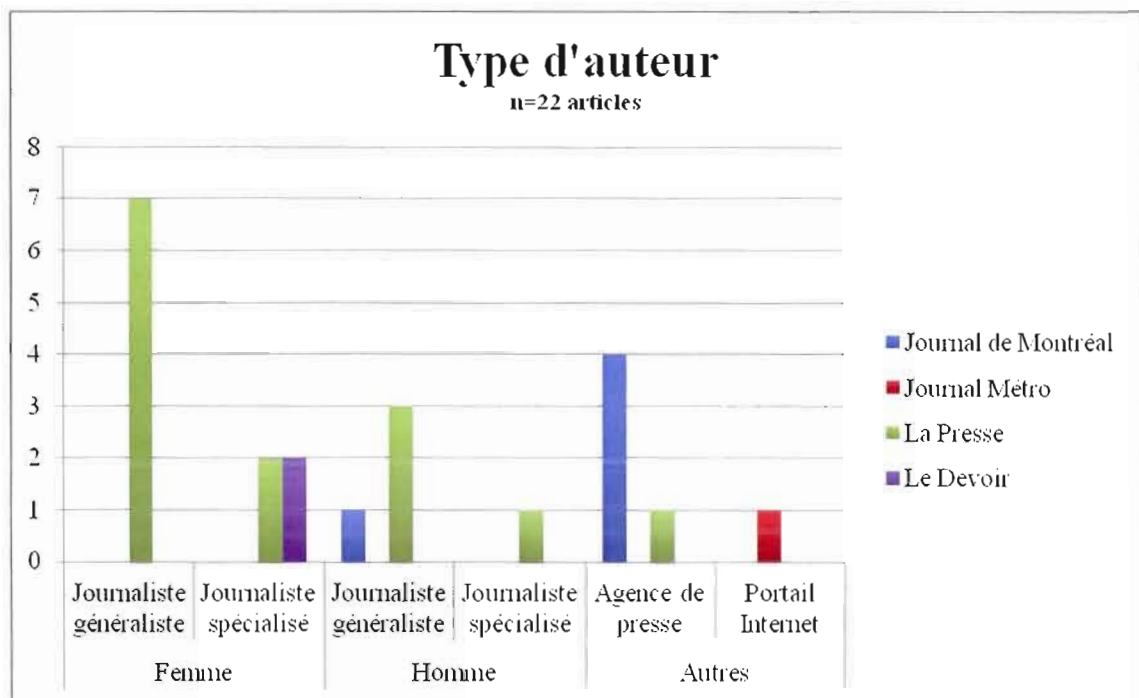


Figure 5.9 — Type d'auteur

5.2.2 Contenu

Pour les besoins de l'analyse, la catégorisation des stigmates développée par Erving Goffman (1975)¹² a été utilisée. Dans les articles étudiés, la majorité des unités d'information évoquent principalement des stigmates de la personnalité ou du passé comme la maladie mentale, la toxicomanie et les troubles du comportement (figures 5.10 et 5.11).¹³ Ces articles mentionnent à quelques reprises des stigmates tribaux comme le sexe ou le statut social. À une seule occasion, on retrouve un stigmate corporel qui fait référence à un handicap intellectuel. Dans les autres stigmates, on retrouve le métier (militaire, travailleur de nuit), le statut social (monoparental, itinérant, chômeur), le niveau d'éducation, l'état de santé (maladie cardiaque, troubles du comportement) et l'orientation sexuelle. À noter que ce ne sont pas toutes les unités d'information étudiées qui font référence à un stigmate, ce qui explique le fait que les pourcentages soient inférieurs à 100 %.

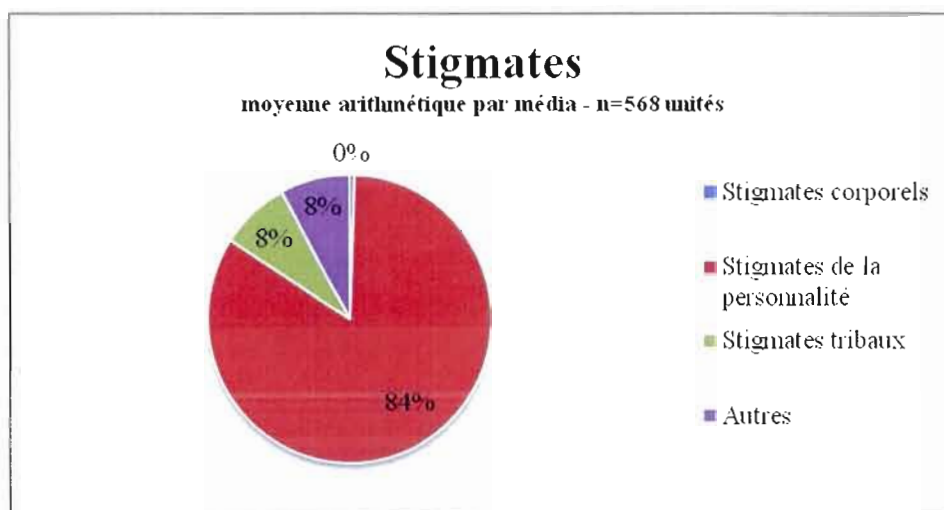


Figure 5.10 — Stigmates – moyenne arithmétique

¹² Voir Chapitre II, p. 8

¹³ Voir l'annexe F pour consulter le tableau présentant les fréquences des stigmates

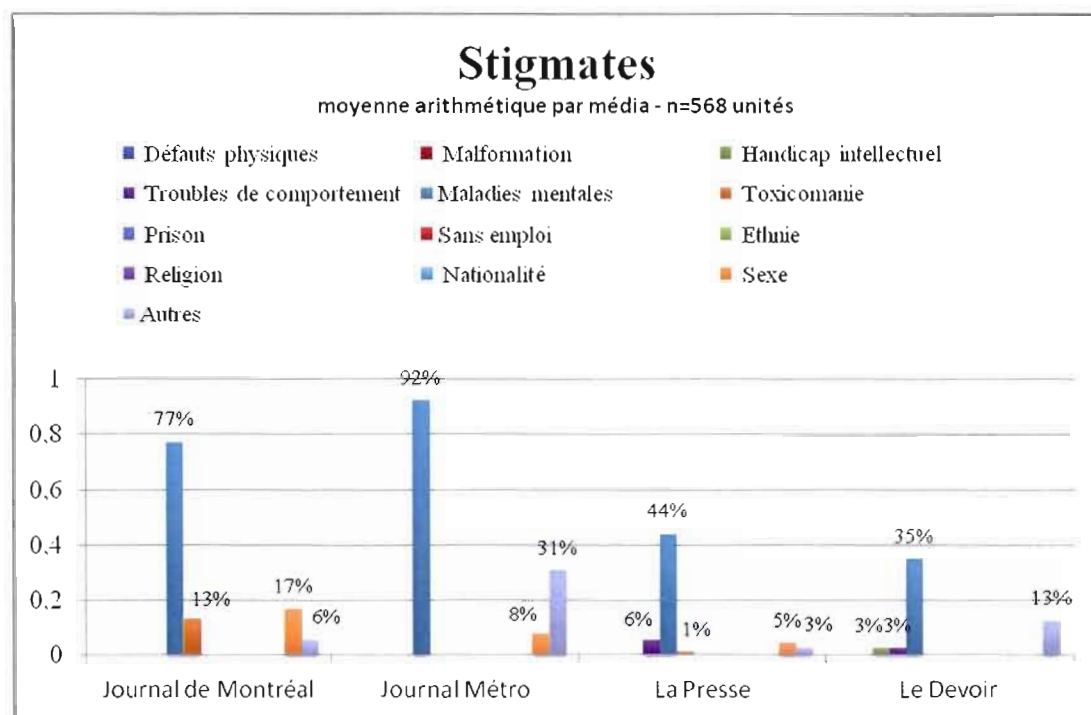


Figure 5.11 — Stigmates — moyenne arithmétique (détails)

Les unités d'information des articles étudiés présentent à peu d'occasions les comportements des personnes évoquées comme des agissements qui ne correspondent pas aux étiquettes sociales c'est-à-dire aux normes sociales, comme les lois, ou au jugement personnel des membres de la communauté (figure 5.12).¹⁴ Le concept d'étiquettes sociales a été développé par Erving Goffman (*Stigmate*, 1975).¹⁵ Selon lui, la stigmatisation est le fruit d'étiquettes sociales imposées par les normes de la société. Elles peuvent être officielles, se référant aux lois, comme respecter les limites de vitesse ou payer son addition au restaurant. Il peut aussi s'agir de normes reliées au jugement personnel telles la bienséance en public ou la façon de se vêtir. À noter que le faible pourcentage s'explique par le fait que la majorité des unités d'information étudiées ne font pas référence aux étiquettes sociales. Ainsi, nous avons choisi de ne pas considérer ce concept dans l'analyse des résultats.

¹⁴ Voir l'annexe F pour consulter le tableau présentant les fréquences des étiquettes sociales

¹⁵ Voir Chapitre II, p. 8

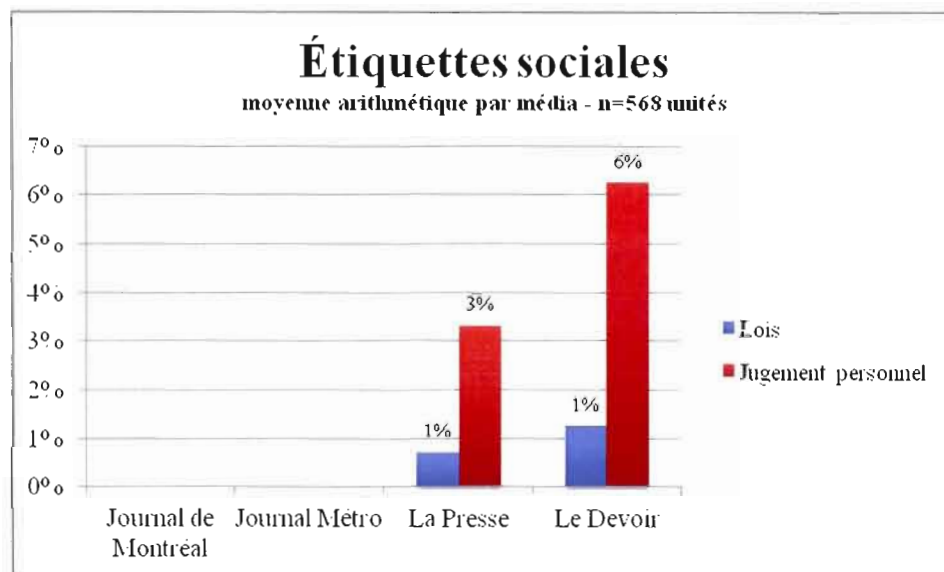


Figure 5.12 — Étiquettes sociales — moyenne arithmétique

Dans les unités d'information des articles étudiés, les personnes évoquées sont principalement exclues du groupe de référence (figure 5.13).¹⁶ On observe aussi, dans certaines situations, que les personnes évoquées n'ont aucune similarité ou différence par rapport au groupe de référence (neutre). On entend par groupe de référence un ensemble d'individus qui partagent les mêmes caractéristiques au sein d'une même communauté. Les gens sont portés à adhérer à un groupe qui leur ressemble et à rejeter les individus qui leur paraissent différents. (Swain et Gauchet, 1994) À noter que ce ne sont pas toutes les unités d'information étudiées qui évoquent un groupe de référence, ce qui explique le fait que les pourcentages soient inférieurs à 100 %.

¹⁶ Voir l'annexe F pour consulter le tableau présentant les fréquences des groupes de référence

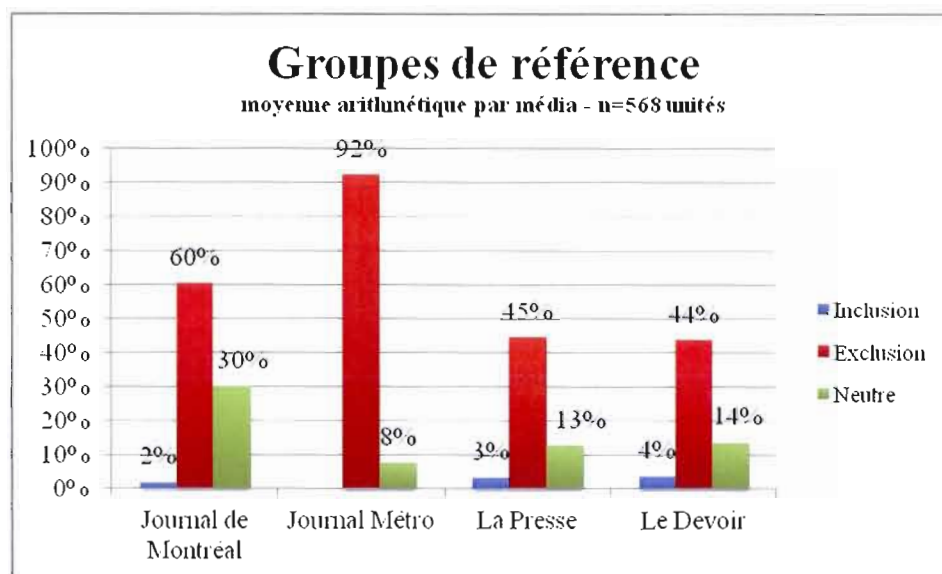


Figure 5.13 — Groupes de référence — moyenne arithmétique

Dans la littérature, plusieurs stéréotypes sont associés aux maladies mentales.¹⁷ Dans les articles étudiés, les principaux évoqués sont la violence, l'anxiété et le non-fonctionnement social (figure 5.14).¹⁸ De plus, d'autres stéréotypes qui ne se retrouvaient pas dans la grille d'analyse ont été répertoriés, tels que le délire, l'imbécilité, l'isolement, la pauvreté, la confusion, la mélancolie, l'aliénation, la vulnérabilité, la dépendance à la médication, le refus de recevoir des soins et traitements, l'état dépressif, les hallucinations et l'état de stress post-traumatique. À noter que ce ne sont pas toutes les unités d'information étudiées qui font référence à des stéréotypes, ce qui explique le fait que les pourcentages soient inférieurs à 100 %.

¹⁷ Voir Chapitre II, p.12

¹⁸ Voir l'annexe F pour consulter le tableau présentant les fréquences des stéréotypes

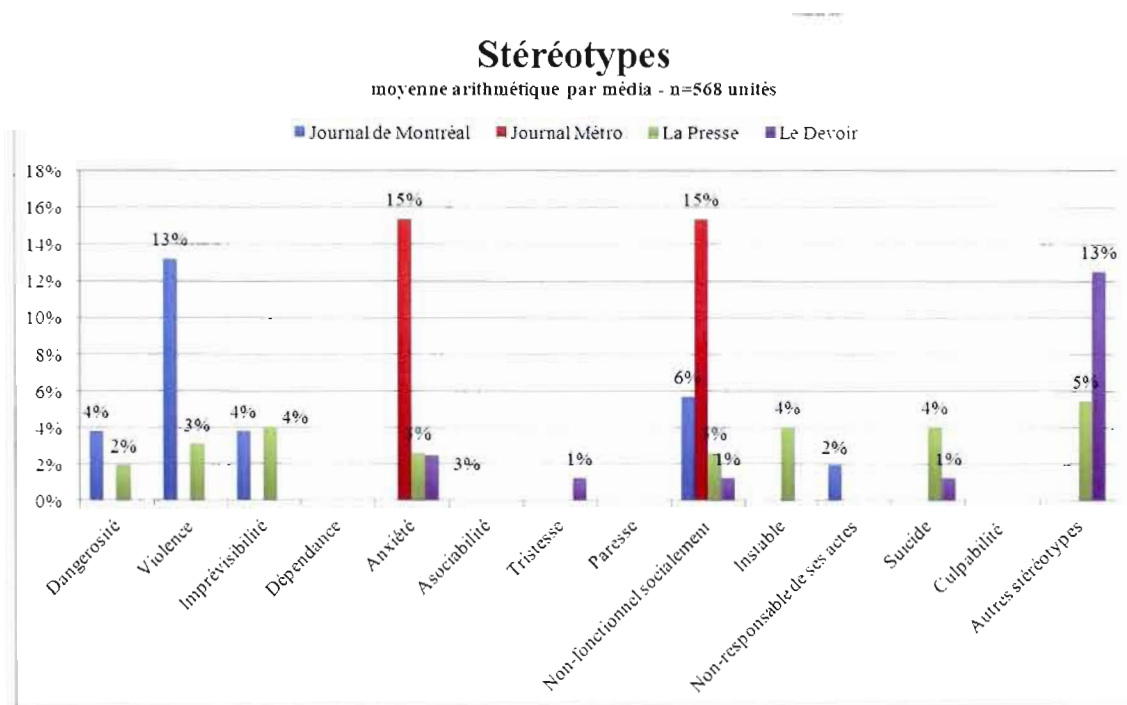


Figure 5.14 — Stéréotypes — moyenne arithmétique

5.2.3 Partialité

Les unités d'information des articles étudiés présentent majoritairement des faits complets (figure 5.15).¹⁹ Néanmoins, on observe qu'à de nombreuses occasions, principalement dans La Presse et Le Devoir, le contenu correspond au jugement personnel du journaliste.²⁰ À noter que certaines unités d'information peuvent correspondre à plus d'un type de partialité. Le ton des auteurs des articles étudiés est principalement neutre ou négatif (figure 5.16).²¹

¹⁹ Voir l'annexe F pour consulter le tableau présentant les fréquences de la partialité

²⁰ Voir l'annexe D pour connaître les définitions des différents types de partialité

²¹ Voir l'annexe F pour consulter le tableau présentant les fréquences du ton du journaliste

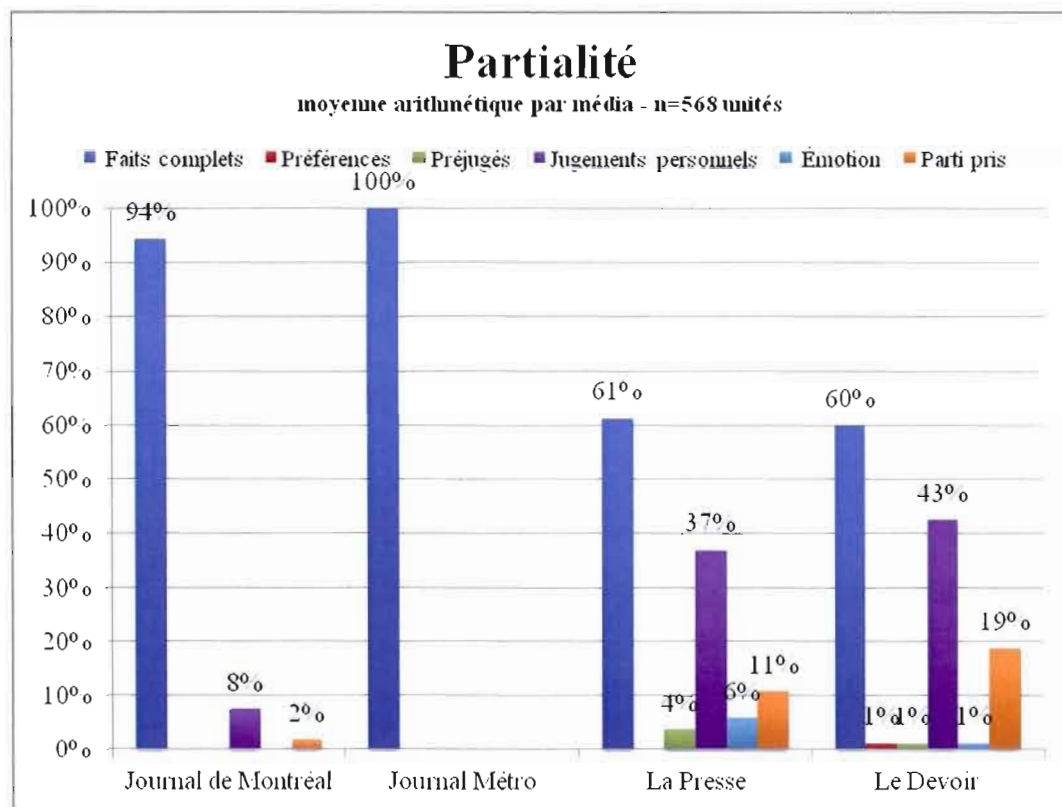


Figure 5.15 — Partialité — moyenne arithmétique

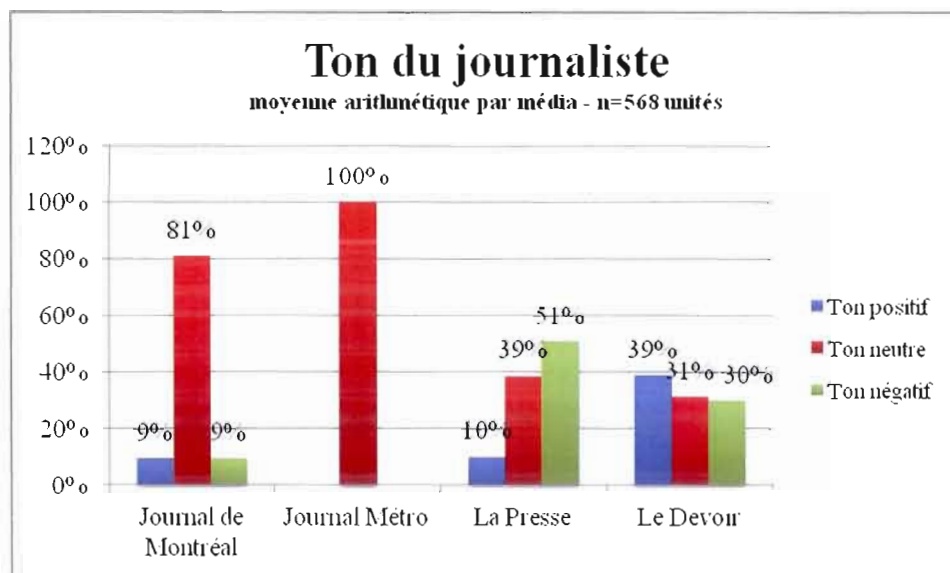


Figure 5.16 – Ton du journaliste — moyenne arithmétique

CHAPITRE VI

DISCUSSION

Pouvons-nous affirmer, à la lumière de ces résultats, que les principaux médias écrits francophones du Québec contribuent à la stigmatisation de la maladie mentale? Ou au contraire, est-ce que les médias participent à la démystification de la maladie mentale? Ce chapitre présente les conclusions générales et répond aux hypothèses de recherche formulées pour ce mémoire de maîtrise.²² Ensuite, des commentaires plus précis au sujet de certains résultats sont présentés et les limites de la recherche sont évoquées.

6.1 Conclusions générales

À la lecture des résultats obtenus, il apparaît, contrairement à ce que la recension des écrits suggère (Day et Page, 1986; Corrigan et coll., 2005; Wahl, Wood et Richards, 2002), que le traitement médiatique consacré à la maladie mentale est empreint de réalisme, de respect et de rigueur. Ainsi, à l'opposé des hypothèses de départ, les articles analysés présentent la maladie mentale de façon humaine en y associant moins de stigmates qu'appréhendés au début de ce travail. Comme observé par Stuart (2003b) ainsi que par Corrigan (2005), l'attitude des médias par rapport à la maladie mentale semble évoluer. Néanmoins, l'acceptation de la maladie mentale au sein de la société est en équilibre fragile. En effet, les résultats de cette recherche nous démontrent que les médias évoquent tout de même plusieurs stéréotypes reliés aux maladies mentales (figure 5.14). De plus, le fait que les sources d'information utilisées soient majoritairement de nature émotive (figure 5.4) remet en question l'utilité des données objectives pour sensibiliser le grand public aux réalités des personnes atteintes de maladie mentale. Enfin, les articles traitant de troubles de santé

²² Voir Chapitre III

mentale sont principalement écrits par des journalistes de sexe féminin et sont encore relégués aux pages secondaires des quotidiens, sauf exceptions. (figures 5.8 et 5.9)

6.2 Retour sur les hypothèses

Afin de bien comprendre la signification des résultats présentés au chapitre V, il est essentiel de revoir les différentes hypothèses de recherche, reprises ci-dessous en gras. Ainsi, lorsqu'il est question de santé mentale :

- **Les médias présentent des informations sensationnalistes;**
- **Les médias présentent seulement les situations aiguës et exceptionnelles;**
- **Les médias laissent de côté la prévention et la sensibilisation;**

À la lumière des résultats obtenus, ces trois hypothèses ont été réfutées. Concrètement, lors de l'analyse des différents articles à l'étude, nous n'avons répertorié aucune unité d'information qui pouvait être qualifiée de sensationnaliste. Nous avons plutôt observé une tendance soit à présenter des faits complets neutres ou à rapporter des témoignages ou des propos d'experts, de proches et de personnes atteintes teintés de partialité. Concrètement, les unités d'information étudiées évoquent principalement les conséquences sur la personne atteinte et des faits scientifiques (figure 5.6). Les articles étudiés présentent des informations visant à sensibiliser le lecteur aux maladies mentales et aux soins et besoins des personnes atteintes (figure 5.7). Les troubles de santé mentale les plus souvent évoqués sont la dépression (8 % de la population) et la psychose (3 % de la population), deux des maladies mentales les plus présentes au sein de la société (figure 5.5). Finalement, les résultats d'analyse nous permettent d'observer une certaine rigueur de la part des journalistes qui présentent à plusieurs occasions des faits et les conclusions d'études scientifiques.

- **Les médias présentent des faits émotifs;**

Cette hypothèse a été confirmée par l'analyse des articles à l'étude. Néanmoins, il faut y apporter une certaine nuance. En effet, nous avons observé que le contenu des articles étudiés est un mélange d'émotivité et d'objectivité. Concrètement, les articles rapportent principalement des faits complets, mais également des faits teintés de jugement personnel (figure 5.15). Les articles étudiés présentent des faits objectifs, mais évoquent à de nombreuses occasions les témoignages et les propos des personnes touchées directement par la maladie mentale (figure 5.4). Il semble que lorsqu'il est question de maladie mentale, c'est l'humain qui est au centre des préoccupations : les personnes atteintes, leurs proches et les experts de la santé. Nous pouvons penser que les articles visent d'abord à capter l'attention des lecteurs en évoquant des faits émotifs pour ensuite leur transmettre des informations objectives.

- **Les médias présentent un portrait négatif;**

Cette hypothèse a été validée à la suite de l'étude du corpus d'analyse. Malgré le ton journalistique majoritairement neutre, nous observons une présence importante d'unités d'information adoptant un ton négatif (figure 5.16). Donc, bien que le traitement média soit plus orienté vers l'humain, lorsqu'on parle de maladie mentale, c'est de façon indifférente ou négative. De plus, les personnes mentionnées dans les articles sont exclues ou ignorées par le groupe de référence (figure 5.13). Ainsi, il semble que les personnes atteintes soient encore considérées comme à part de la société.

- **Les médias présentent les personnes de façon stéréotypée en leur attribuant des traits de personnalité négatifs associés aux maladies mentales;**

Cette hypothèse a été démontrée à la suite de l'analyse des articles à l'étude. Néanmoins, il faut noter que ce ne sont pas tous les articles qui évoquent des stéréotypes (figure 5.14). Quand le cas se présente, nous retrouvons principalement les stéréotypes de violence, d'anxiété et de non-fonctionnement social. Ces résultats sont à l'image de ceux obtenus dans

le cadre d'autres études sur le traitement de la maladie mentale dans les médias, où la violence arrive en première place du palmarès des stéréotypes associés (Corrigan et coll., 2005; Stuart, 2003b; Day et Page, 1986). Nous avons aussi noté que les articles rapportent des stéréotypes qui n'étaient pas mentionnés dans la grille d'analyse. Ainsi, des termes tels que : aliéné, marginal, défavorisé, isolé, paranoïaque, confus, délirant, exclu, inquiétant, vulnérable, mélancolique, idiot, dément et imbécile sont utilisés pour décrire les personnes atteintes de maladie mentale.

Nous pouvons supposer que certains de ces stéréotypes sont basés sur des réalités médicales ou physiques reliées aux maladies mentales. Néanmoins, l'objectif de ce mémoire était de rapporter les différentes représentations de la maladie mentale dans les médias et non de tenter de donner une explication objective aux stéréotypes qui y sont associés.

- **Les médias évoquent des stigmates de la personnalité et du passé lorsqu'il est question d'une personne atteinte d'une maladie mentale;**

Cette hypothèse a été confirmée par l'analyse des articles à l'étude. En effet, nous retrouvons principalement des stigmates de la personnalité ou du passé comme la maladie mentale, la toxicomanie et les troubles du comportement (figures 5.10 et 5.11). À quelques occasions, les unités d'information étudiées font référence à des stigmates tribaux comme le sexe ou le statut social (Goffman, 1975). À noter que plusieurs autres stigmates, qui n'étaient pas mentionnés dans la grille d'analyse, ont été évoqués comme le métier, le statut social, le niveau d'éducation, l'état de santé et l'orientation sexuelle.

6.3 Commentaires et réflexions

À la lumière des résultats obtenus à la suite de l'analyse du corpus d'articles à l'étude, quatre principales conclusions nous amènent à questionner la façon dont la maladie mentale est présentée dans les médias écrits au Québec de janvier à mars 2007.

6.3.1 Place de la maladie mentale

D'abord, il faut se questionner sur la place et la visibilité que les médias accordent à la maladie mentale. La majorité des articles étudiés dans le cadre de ce mémoire, mis à part la série d'articles de La Presse, ont été publiés dans les pages secondaires des journaux (figure 5.8). Il semble que cette réalité qui touchera un Canadien sur cinq au cours de sa vie (Fondation des maladies mentales, 2008) n'a pas encore sa place à une des quotidiens. Il est aussi intéressant de souligner que des 300 articles traitant de la maladie mentale répertoriés au départ, seulement 22 ont été jugés pertinents pour l'analyse. Il faut rappeler que les critères de sélection déterminés pour ce travail ont permis de retenir des articles dont le sujet principal était la maladie mentale et qui faisaient référence à la schizophrénie, aux troubles psychotiques, à la dépression et aux troubles bipolaires. De plus, nous avons fait le choix de conserver les articles qui traitaient des conséquences de la maladie mentale sur les personnes atteintes, leurs proches et la société ainsi que sur les caractéristiques de la maladie (symptômes, définition) et les faits scientifiques associés. Par conséquent, les articles rapportant principalement des faits divers et autres gestes violents, illégaux ou controversés commis par une personne atteinte d'une maladie mentale ont été écartés du corpus d'analyse.

Il faut tout de même considérer que l'échantillonnage a été effectué au début de l'année 2007 et que le contexte a pu évoluer depuis ce temps. Notons entre autres la seconde série d'articles publiés à la une de La Presse en janvier 2008 au sujet des réalités de la maladie mentale et des soins psychiatriques. Ces articles et le livre « Au pays des rêves brisés », qui a été publié à quelques mois plus tard, ont certainement pu contribuer à démystifier la santé mentale aux yeux du grand public, mais aussi aux yeux des journalistes. (Gagnon et Meunier, 2008) Les auteurs ont reçu de nombreux commentaires positifs, tant oraux qu'écrits, principalement de gens qui souffraient de maladie mentale, de leur famille et des travailleurs du réseau de la santé. « Ils étaient très, très contents qu'on parle d'eux, qu'on essaie de démystifier les troubles de santé mentale, de dire que ce n'était pas nécessairement une condamnation à vie. Ils étaient

aussi très fiers qu'on reconnaisse l'apport des intervenants, qui passe parfois sous silence » explique la journaliste Katia Gagnon au sujet de ce projet d'articles et de livre (communication personnelle, 8 mai 2011).

Également, des projets de sensibilisation aux maladies mentales comme la série web documentaire Clé56 (cle56.com), la série télévisée *Maisons de fous*, diffusée sur les ondes de TV5, ou la campagne « Cause pour la cause » de Bell Canada (cause.bell.ca) sont la preuve que la maladie mentale touche tout le monde et commence à faire sa place au sein des enjeux de société. De plus, autre indice que la situation s'améliore tranquillement, une augmentation des demandes médias et un changement d'attitude de la part des journalistes, quand il est question de santé mentale, ont été observés par les membres de l'équipe du Service des communications de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine.

D'ailleurs, Stuart (2003b), affirme que les médias écrits sont idéaux pour présenter des histoires positives et nuancées au sujet de la santé mentale. Ils peuvent contrebalancer l'effet « choc » de la télévision, qui a tendance à montrer des images sensationnalistes. Concrètement, Stuart démontre qu'une campagne de sensibilisation permet de donner plus de place à la maladie mentale dans l'espace médiatique. Elle a observé que suite à des interventions ciblées auprès des journalistes, en les invitant entre autres à des événements sur la santé mentale et en créant une banque d'experts et de personnes atteintes, prêtes à répondre à leurs questions, la qualité et la quantité d'articles traitant de maladie mentale a nettement augmenté.

En outre, pour poursuivre notre réflexion, l'analyse de Jean-François Dumas, président d'Influence Communication (2009), nous apprend que la maladie mentale se classe au cinquième rang des sujets de santé les plus présents dans les médias. Elle se retrouve derrière les maladies physiques, l'alimentation, la cigarette, les drogues et l'alcool ainsi que la santé des femmes. Les récents projets de sensibilisation et leurs impacts positifs laissent supposer que le traitement médiatique de la maladie mentale est sujet à s'améliorer dans les années à venir.

Néanmoins d'après un article paru dans *The Journal of Clinical Psychiatry* (Benbow, 2007), malgré un intérêt plus important des médias pour la maladie mentale, leur capacité à contribuer à l'éducation, à la sensibilisation et à la démystification de ce sujet auprès du grand public est peu exploitée. De plus, la représentation qu'ils font de la maladie mentale reste majoritairement négative. Ainsi, selon Benbow, on peut classer en cinq catégories les principaux thèmes abordés dans les médias lorsqu'il est question de maladie mentale. D'abord les traitements et les histoires sensationnalistes, ensuite l'argent et le côté humain puis les questions éthiques relatives au financement du milieu de la santé mentale. Benbow déplore que le thème le plus important à ses yeux, le côté humain, soit relégué au quatrième rang des sujets d'intérêt dans les médias quand il est question de maladie mentale. Il affirme que les articles qui présentent l'humain derrière la maladie mentale sont plus propices à capter les émotions du public, et donc, à susciter son intérêt pour un sujet qui mérite qu'on lui accorde plus de place dans l'espace médiatique. Les affirmations de Benbow corroborent les résultats obtenus dans le cadre de ce mémoire. Il semble que pour démystifier la maladie mentale, le meilleur moyen pour les médias écrits est d'abord de capter l'attention des lecteurs en présentant un fait émotif pour ensuite présenter des informations objectives.

Ensuite, nous pouvons également nous interroger sur l'impact de l'organisation des salles de presse sur la décision du journaliste d'aborder la maladie mentale dans le cadre d'un article. La convergence des médias, la vitesse d'exécution, l'avènement des portails de nouvelles sur le web, le manque de spécialisation des journalistes « polyvalents », la consommation boulimique d'information du grand public : il faut sortir les nouvelles plus vite, partout, tout de suite, rapidement. Dans ce contexte, on suppose que les journalistes ont moins de temps à accorder à la préparation d'un article sur la maladie mentale, un sujet complexe et nuancé, associé à plusieurs préjugés. On peut aussi présumer que la difficulté à trouver des personnes acceptant de témoigner de leur expérience de la maladie mentale à visage découvert représente un défi et une dépense d'énergie importante qui peut dissuader les journalistes de traiter du sujet en profondeur.

Finalement, il faut noter que les sujets des articles étudiés sont évoqués de façon proportionnelle au nombre de personnes atteintes dans la population (figure 5.5). Ainsi, la majorité des articles abordent la dépression, qui touche 8 % des Canadiens. Ensuite, les articles traitent des troubles psychotiques, qui affectent 3 % de la population. Puis, quelques articles parlent des troubles bipolaires, qui représentent 1 % de la population canadienne. Néanmoins, contrairement à l'étude de Day et Page (1986), peu d'articles abordent la schizophrénie, dont souffre 1 % de la population du Canada. Pourtant, la schizophrénie est la maladie mentale la plus sévère à laquelle le plus de tabous sont associés. (Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale, 2010)

6.3.2 Méconnaissance et peur

À la lumière des articles étudiés, nous observons un malaise, une peur, un besoin de justification par rapport à la maladie mentale. Dans plusieurs articles (n=9 articles), on tente d'établir des corrélations entre le trouble de santé mentale et la situation sociale, médicale ou professionnelle de la personne concernée, comme s'il était socialement plus acceptable de justifier la maladie mentale en l'associant à une explication plus rationnelle. Il est plus rassurant de savoir qu'on peut comprendre l'irrationnel par une explication logique. (Foucault, 1972) Ainsi, outre les stigmates de la personnalité et du passé (Goffman, 1975), certains articles étudiés évoquent d'autres stigmates qui peuvent expliquer la cause de la maladie mentale soit le métier (militaire, travailleur de nuit), le statut social (monoparental, itinérant, chômeur), le niveau d'éducation, l'état de santé (maladie cardiaque, troubles du comportement) et l'orientation sexuelle.

Dans les articles étudiés, les principaux stéréotypes évoqués sont la violence, le non-fonctionnement social et l'anxiété (figure 5.14). On semble vouloir se rassurer en attribuant des caractéristiques négatives aux personnes atteintes de troubles de santé mentale, au lieu d'essayer de comprendre leur différence. Dans l'analyse réalisée, nous avons observé que certains médias semblent faire plus souvent appel à ces

stéréotypes. Par exemple pendant une période de trois mois, le Journal Métro a publié un seul article valide, selon nos critères de sélection, dans lequel les stéréotypes de l'anxiété et du non-fonctionnement social étaient très présents, tandis que les articles du Journal de Montréal sont ceux qui associent le plus souvent la maladie mentale à la violence.

Il est aussi particulier de constater la présence de nombreux stéréotypes, autres que ceux énoncés dans la grille d'analyse, pour décrire les personnes atteintes de maladie mentale. Nous retrouvons divers qualificatifs tels que : aliéné, marginal, défavorisé, isolé, paranoïaque, confus, délirant, exclu, inquiétant, vulnérable, mélancolique, idiot, dément et imbécile. On parle de personnes étranges qui adoptent des propos déphasés, qui ne veulent pas être touchées, qui refusent d'aller à l'hôpital ou de prendre leurs médicaments. Ainsi, comme dans l'étude de Wahl Wood et Richards (2002), nous avons observé que certains des articles étudiés présentaient les personnes atteintes de maladie mentale comme inégales face au reste de la population et qu'en général, les thèmes négatifs évoquant la dangerosité et la différence étaient assez présents.

À ce sujet, il est intéressant de mentionner que les résultats associés au journal Le Devoir ne sont pas représentatifs puisqu'ils sont biaisés par la publication d'un article sur le livre « Une toupie sur la tête ». Ce recueil de lettres écrites par des patients de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine de 1873 à 1925 présente une vision romancée de la maladie mentale et évoque les réalités d'une autre époque. Dans cet article, la journaliste rapporte des éléments et des préjugés associés autrefois aux malades mentaux et à l'asile. Elle fait référence aux aliénés, à l'internement, aux fous. L'article au sujet de cet ouvrage présente une image faussée de la réalité actuelle. Le lecteur, peu attentif à l'époque concernée, peut rester sur la mauvaise impression que depuis, les choses n'ont pas changées dans les hôpitaux psychiatriques.

Finalement, il faut se rappeler que la maladie mentale peut toucher tout le monde et qu'elle ne fait pas de discrimination. De plus, il faut aussi considérer que les troubles

de santé mentale s'accompagnent souvent de problèmes sociaux et personnels. Concrètement, c'est un double défi auquel font face les personnes atteintes : apprendre à vivre avec une maladie mentale et tenter d'évoluer quotidiennement au sein d'une société qui n'est pas bien adaptée à leur différence. Il est difficile d'établir une causalité entre la maladie mentale et les difficultés sociales. (Rapport sur les maladies mentales au Canada, 2002) Tel qu'expliqué dans le rapport *La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs*, publié en 2001 par l'Organisation mondiale de la santé :

« La relation entre la pauvreté et la santé mentale est complexe et pluridimensionnelle. [...] certains sujets peuvent être prédisposés à des troubles mentaux en raison de leur situation sociale et ceux qui souffrent de troubles peuvent, du fait de leur maladie, être exposés à d'autres handicaps qui vont d'un faible degré d'instruction au chômage et, dans les cas extrêmes, à l'absence de domicile fixe. » (Organisation mondiale de la santé, 2001)

Est-ce qu'on développe une maladie mentale parce qu'on vit dans un milieu défavorisé ou est-ce que la maladie mentale nous amène à vivre dans des conditions sociales plus difficiles? Nous n'avons pas encore de réponse claire à cette question, mais il demeure tout de même important de continuer à travailler sur la démystification de la maladie mentale au sein de la société, question de combattre les préjugés associés et améliorer la qualité de vie des personnes atteintes.

6.3.3 Objectivité ou partialité

Contrairement aux hypothèses de départ, les articles étudiés comportaient de nombreuses unités d'information objectives. Il est facile de croire que la partialité aurait pu être plus présente compte tenu du fait que la maladie mentale est un sujet émotif qui fait encore l'objet de préjugés au sein de la société. Lors de l'analyse des articles, c'est plutôt un mélange équilibré d'objectivité et de partialité qui a été observé. Concrètement, la majorité des articles abordaient les conséquences sur la personne atteinte et présentaient des faits scientifiques. De plus, les journalistes

présentaient principalement des faits complets ou rapportaient des jugements personnels.

Malgré tout, il est particulier d'observer que les journalistes adoptent un ton neutre ou négatif. Il faut également noter que les personnes évoquées dans les articles à l'étude sont principalement exclues ou ignorées par le groupe de référence. Ce qui peut porter à croire que les journalistes sont certes objectifs, mais que lorsqu'ils sont partiaux, c'est de façon négative. Nous observons le phénomène opposé dans les résultats de Slopen (2007) où la maladie mentale chez les enfants obtient une couverture médias plus positive et respectueuse que les troubles de santé mentale chez les adultes. Dans le cadre de cette étude, Slopen n'a pas déterminé l'inclusion ou non aux groupes de référence. Néanmoins, les enfants semblent bénéficier d'un meilleur capital de sympathie auprès des journalistes que les adultes. En effet, selon Slopen et ses collègues, les journalistes font preuve d'une certaine partialité positive envers les enfants quand il est question de maladie mentale. Concrètement, contrairement au traitement médiatique accordé à la maladie mentale chez l'adulte, les articles traitant de troubles de santé mentale chez l'enfant évitent d'utiliser un jargon terminologique ou stigmatisant et intègrent des points de vue d'experts et des statistiques relatives à la maladie mentale (Slopen, 2007).

D'un autre côté, il faut tout de même considérer que les principales sources d'information des articles étudiés sont les propos des experts ainsi que les études et publications. Il faut également compter parmi ces dernières une forte présence des témoignages, de même que des propos des proches et des personnes atteintes. Ainsi, nous pouvons émettre l'hypothèse selon laquelle il est possible que les articles d'un journaliste soient teintés des préjugés de la population.

Tout de même, il est pertinent de rappeler que la recension des écrits nous a appris que les actions de sensibilisation et d'information au sujet des maladies mentales fonctionnent très bien autant auprès des lecteurs que des journalistes (Thornton et Otto Wahl, 1996; Stuart, 2003b). Ainsi, nous sommes portée à croire que l'idéal

serait un article présentant des informations émotives, pour capter l'attention du lecteur, complété par des informations objectives, pour informer le lecteur. Il faut rendre le sujet plus acceptable et plus attrayant. Il faut que le lecteur s'identifie au sujet.

Les articles étudiés dans le cadre de ce mémoire ont principalement comme objectif de sensibiliser le lecteur aux maladies mentales et aux soins et besoins des personnes atteintes. En rapportant les propos d'une mère d'un jeune homme atteint de schizophrénie ou en racontant l'histoire d'une femme qui a repris le travail après une grave dépression, le journaliste humanise le sujet et peut réussir à capter la sensibilité ou l'émotivité du lecteur et l'inciter à lire l'article au complet. Est-ce que le « sensationnalisme » émotif est la clé pour démystifier la maladie mentale et ainsi contribuer à une meilleure compréhension du grand public au sujet des maladies mentales?

Une étude réalisée par Stephan Hamann, chercheur au Département de psychologie de l'Université d'Atlanta, nous apprend que notre mémoire a tendance à mieux retenir les informations qui lui sont présentées lorsque celles-ci sont émotives. (Hamann, 2001) Ainsi, nous pouvons nous questionner sur l'impact des articles présentant seulement des faits objectifs et des résultats d'études scientifiques, comme dans le Journal de Montréal par exemple. Il est certes très légitime d'offrir des informations objectives, sans émotion, mais est-ce que ces articles atteignent leur cible et sensibilisent les lecteurs aux réalités des maladies mentales?

Ensuite, prenons l'exemple de la série d'articles des journalistes Katia Gagnon et Hugo Meunier dans La Presse qui a eu un grand succès public et qui a fait l'objet d'un livre : « Au pays des rêves brisés ». Ils y rapportent de nombreux préjugés, des stéréotypes, des biais personnels et pourtant leur travail a eu un impact considérable sur la perception des gens à l'égard de la maladie mentale. Certes, ces articles sont basés sur leur expérience personnelle puisque pendant plus d'un mois ils ont partagé le quotidien de personnes atteintes de maladie mentale. Néanmoins, en racontant

l'histoire de « vrais » gens qui vivent avec une maladie mentale, en mettant un visage, des mots sur leur souffrance, on touche le cœur des gens et capte leur attention.

Bien que les règles journalistiques prônent l'objectivité des faits, nous sommes portée à croire que sans partialité, sans émotivité, les informations objectives passent inaperçues et n'atteignent pas leur cible. Cela nous ramène à notre hypothèse qu'un mélange équilibré de partialité et d'objectivité serait un mariage idéal pour sensibiliser le grand public aux réalités de la maladie mentale.

Finalement, nous pouvons nous aussi nous interroger sur l'objectivité des articles qui rapportent exclusivement des faits scientifiques. Il n'en demeure pas moins qu'il est possible d'avoir un biais au niveau du choix de données scientifiques fait par les journalistes. Une étude comporte souvent de nombreuses données et il est irréaliste de penser que l'article publie toutes les données pertinentes. Même dans l'objectivité d'un article qui présente les résultats d'une étude, le journaliste peut faire un choix subjectif des données qu'il rapporte. (Maisonneuve, 2010)

6.3.4 Profane ou scientifique

Nous avons observé dans les articles étudiés que les principales sources d'information sont les témoignages, les propos d'experts, de proches et de personnes atteintes ainsi que les études et publications. De plus, nous avons noté que les journalistes présentaient principalement des faits complets ou rapportaient des jugements personnels. Nous nous sommes intéressée à la partialité et à l'objectivité dans la section précédente; il est pertinent de poursuivre la réflexion en s'interrogeant sur la place des données scientifiques et profanes. Selon un texte rédigé par la professeure Danielle Maisonneuve pour l'ouvrage *Les médias et la santé : de l'émergence à l'appropriation des normes sociales*, nous définissons les données scientifiques comme provenant de sources officielles comme « des chercheurs, des groupes de recherche ou instituts réalisant des recherches scientifiques [...], des

membres d'ordres professionnels dans l'activité de leurs fonctions ou d'organismes reconnus pour leur rigueur scientifique. » D'un autre côté, le même texte définit les données profanes comme provenant « des autres catégories d'intervenants et d'organisations citées ou consultées par les journalistes pour obtenir de l'information qui n'est pas scientifique ». (Maisonneuve, 2010, p. 140)

Il semble que les données profanes interpellent l'émotion du lecteur et l'incite à lire l'article tandis que les données scientifiques donnent de la crédibilité au contenu de l'article. Est-ce que l'idéal serait d'avoir un article qui présente ces deux types d'information de façon équitable? Par exemple, dans le Journal de Montréal, la majorité des articles publiés ont comme source une agence de presse et rapportent des faits scientifiques provenant d'études ou de publications d'experts. D'un autre côté, les articles publiés dans La Presse sont rédigés par des journalistes généralistes et présentent des informations à la fois profanes et scientifiques qui rapportent les propos de proches et de personnes atteintes et énoncent des définitions et les symptômes des maladies mentales. Quelle formule est la plus efficace?

Maisonneuve rapporte les résultats d'une étude réalisée en 2004 par Andrea H. Tanner sur la façon dont les journalistes américains recueillent les informations nécessaires à l'élaboration de nouvelles au sujet de la santé. Cette recherche rapporte que peu de journalistes sont formés dans le domaine spécifique de la santé, mais qu'ils font souvent appel à des sources scientifiques, des experts en la matière, pour pallier leur manque de connaissances. Cependant, malgré leur désir de médiatiser des données scientifiques, la décision des journalistes de diffuser ou non une nouvelle est aussi influencée par « l'intérêt du public et la possibilité d'humaniser la nouvelle en utilisant des exemples personnels. » (Maisonneuve, 2010, p. 148)

Selon Maisonneuve, les sources scientifiques sont très prisées par les journalistes, mais sont rarement utilisées seules puisque comme l'explique le professeur Antoine Char, le lecteur contemporain n'a plus envie de se plonger dans la lecture d'un quotidien où tout est rationnel et aseptisé d'émotivité. Selon Char, « la presse

fait mauvais ménage avec un discours monochrome basé sur le seul discours scientifique rationnel. » (Char, 2005, p. 261)

6.4 Limites de la recherche

Après avoir accompli toutes les étapes menant à la réalisation de ce mémoire, de la formulation des hypothèses de recherche, à l'élaboration d'un cadre théorique, en passant par l'analyse des 22 articles à l'étude et la présentation des résultats, il est temps de jeter un regard critique sur le processus de recherche et d'identifier certaines limites.

D'abord, sur le plan de la méthodologie, nous pouvons remettre en question le fait d'avoir choisi de comptabiliser les données sans le soutien technique d'un logiciel spécialisé. Le choix de réaliser l'analyse des articles de façon manuelle et d'entrer les données dans une grille construite dans le logiciel Excel était approprié dans le contexte de cette recherche puisque l'échantillonnage du corpus d'articles à l'étude était peu élevé (n=22 articles). Néanmoins, dans le contexte d'un échantillonnage plus important, il faudrait faire appel à un logiciel spécialisé en statistiques ou voir à mieux connaître les différentes fonctions du logiciel Excel afin de diminuer le temps consacré à l'analyse.

De plus, cette façon de comptabiliser les données ne permet pas de contrer le biais de l'analyste. Puisque les articles ont été analysés manuellement par une seule personne, les résultats peuvent être teintés d'une certaine partialité. Nous pouvons supposer que si le corpus à l'étude avait été analysé par plus d'une personne, les résultats obtenus dans le cadre de ce projet de mémoire auraient peut-être été différents.

Ensuite, la moyenne arithmétique a été considérée comme l'outil de mesure statistique idéal pour pouvoir interpréter et comparer les données recueillies. Dans le contexte d'un petit échantillon d'articles à analyser, la moyenne arithmétique permettait de rendre les données pertinentes et significatives. Cependant, si cette recherche était à reprendre, il serait intéressant d'évaluer l'impact de chaque article en mesurant leur poids selon, par exemple,

leur disposition ou leur longueur. Dans ce cas, il faudrait faire appel à la moyenne pondérée comme outil de mesure statistique.

Puis, le cadre théorique élaboré pour ce projet de maîtrise était pertinent pour répondre aux hypothèses de recherche formulées. Mis à part le concept d'étiquette sociale, les concepts de stigmates, de groupes de référence, de partialité et de stéréotypes ont permis de dresser un portrait concret du traitement médiatique accordé à la maladie mentale dans les médias écrits. Toutefois, il aurait été approprié d'ajouter des concepts reliés au changement d'opinion et à l'impact des témoignages dans la presse écrite pour bonifier la pertinence des résultats de l'analyse des articles à l'étude.

Finalement, dans le cadre d'une future recherche, il serait intéressant d'élargir les critères de sélection des articles pour pouvoir obtenir des résultats plus diversifiés et des conclusions qui pourraient s'appliquer à l'ensemble des médias écrits. Concrètement, en s'intéressant exclusivement aux quotidiens francophones de Montréal et en considérant 22 articles, les résultats obtenus nous donnent seulement une idée de l'état de la situation; on ne peut pas généraliser. Il serait néanmoins très pertinent de refaire l'exercice avec un corpus d'articles plus actuels en s'inspirant des travaux de Corrigan (2005) sur le stigmate structurel et la présentation de la maladie mentale dans la presse écrite. Depuis 2007, le paysage médiatique a évolué, entre autres, dans le contexte de l'avènement des médias sociaux, les gens s'informent de plus en plus dans Internet. Il serait aussi intéressant de se pencher sur la façon dont la maladie mentale est présentée sur les blogues, dans les forums de discussion et dans les sites Internet dédiés à la santé.

CONCLUSION

À la lumière des résultats obtenus, nous constatons que la maladie mentale fait l'objet d'un traitement médiatique respectueux, humain et rigoureux. Nous observons une volonté de la part des journalistes de sensibiliser le lectorat aux réalités de la maladie mentale. Les initiatives du journal La Presse, qui a publié des séries d'articles et un livre à ce sujet, sont la preuve que les choses évoluent, que le regard change. Toutefois, des batailles ont été gagnées, mais la guerre n'est pas terminée. Malgré les bonnes intentions des journalistes pour démystifier la maladie mentale, les stigmates et les stéréotypes perdurent. Il n'est plus question d'infamie, mais on continue tout de même à parler de la maladie mentale comme d'un état honteux, associé à plusieurs préjugés, mais surtout très souffrant, psychologiquement et socialement, pour les personnes atteintes et leurs proches. Encore aujourd'hui, plusieurs personnes hésitent à témoigner à visage découvert de leur expérience, de peur d'être jugées par leur entourage ou d'être victimes de représailles.

Lorsqu'ils sont appelés à traiter de maladie mentale, les journalistes doivent être conscients de l'impact et de l'influence que leurs articles peuvent avoir sur les gens. Après avoir lu un article au sujet de la maladie mentale, un adolescent peut décider d'aller chercher de l'aide, un employeur choisir d'engager une personne atteinte d'un trouble de santé mentale ou une personne prendre la décision de reprendre contact avec un proche.

De plus, il semble que la sensibilisation aux maladies mentales doit inévitablement se faire par l'entremise de faits vécus, de témoignages, de récits émotifs. Cela amène parfois certains journalistes à dramatiser les situations, quitte à frôler le sensationnalisme. Ce n'est pas nécessaire de présenter en détail le récit d'une pauvre mère éplorée ou d'une personne atteinte de troubles psychotiques qui a perdu son emploi pour comprendre qu'il est difficile de vivre avec une maladie mentale. Les journalistes devraient faire preuve de plus de pudeur et de réalisme afin de peut-être pouvoir passer un message plus positif : un diagnostic de maladie mentale n'est pas une condamnation à mort; c'est le début d'une solution.

Dans le cadre d'une future recherche, il serait intéressant de s'inspirer d'Otto Wahl, Amy Wood et Renee Richards (2002) et d'étudier la tendance journalistique d'utiliser du vocabulaire relatif aux maladies mentales pour définir ou justifier un comportement jugé « anormal », peu importe que le sujet de l'article soit la maladie mentale. Il semble que dès qu'une personne commet un crime ou adopte un comportement qui ne correspond pas aux normes sociales établies, rapidement la possibilité que cette personne soit atteinte d'une maladie mentale ou de trouble psychiatrique est évoquée. Des articles qui font appel à ces termes génériques, peu importe la situation, contribuent-ils plus à la stigmatisation de la maladie mentale qu'un article qui s'intéresse à la personne atteinte en employant un vocabulaire spécifique et adéquat?

En conclusion, nous avons tous notre part de responsabilité, à titre de citoyen, de collègue, de voisin, de parent, de membre d'une communauté, autant dans la stigmatisation que dans la démystification de la maladie mentale. Les médias influencent certes notre opinion et notre perception des phénomènes sociaux qui nous entourent. Néanmoins, c'est avec la collaboration et l'implication de chacun que nous arriverons à diminuer les préjugés envers la maladie mentale et ainsi à améliorer la qualité de vie et l'avenir des personnes atteintes.

ANNEXE A

REVUES DE PRESSE

Réalisées par l'entreprise Cision pour le compte du Service des communications et affaires publiques de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas

Médias étudiés

24H

Journal Métro

La Presse

Le Devoir

The Gazette

Le Soleil

Journal de Québec

National Post

Globe and Mail

Toronto Star

Toronto Sun

Ottawa Citizen

Ottawa Sun

Le Droit

Tous les magazines du Québec

Mots-clés

Alzheimer

Anorexie/Anorexia

Anxiété/Anxiety

Bipolarité/Bipolarity

Boulimie/Bulimia
Camillo Zacchia
Centre hospitalier Robert-Giffard
Dépression
douglas.qc.ca
Fondation québécoise des maladies mentales
Hôpital Douglas
Hôpital Louis-H. Lafontaine
Hôpital Louis-Hippolyte Lafontaine
Hyperactivité/Hyperactivity
Insomnie/Insomnia
Institut des neurosciences, santé mentale, toxicomanie
Institut Douglas
Institut universitaire en santé mentale Douglas
Maladie mentale/Mental disorder
Neuroscience
Psychiatrie/Psychiatry
Psychologie
Santé mentale/Mental Health
Schizophrénie/Schizophrenia
Stress
Suicide
Troubles affectifs/Mood disorder
Troubles de la personnalité/Personality disorder

ANNEXE B

LECTORAT DES QUOTIDIENS QUÉBÉCOIS

Nombre total de lecteurs des quotidiens québécois selon la propriété (2008)					
Groupes	Titres	Lectorat*			
		Marchés anglophone et francophone		Marché francophone***	
		Nombre total de lecteurs**	Parts de marché (%)	Nombre total de lecteurs**	Parts de marché (%)
Gesca (Power)	La Presse	921 700		799 100	
	La Tribune	83 500		83 500	
	La Voix de l Est	41 000		41 000	
	Le Nouvelliste	83 900		83 900	
	Le Soleil	286 300		286 300	
	Le Quotidien*****	87 200		87 200	
	Le Droit	178 800		151 700	
		1 682 400	33.7 %	1 532 700	39.9 %
Quebecor	Le Journal de Montréal	1 129 600		945 800	
	Le Journal de Québec	295 600		295 600	
	24 Heures	458 300		313 500	40.5 %
		1 883 500	37.8 %	1 554 900	
Transcontinental (60 %)	Métro	629 400	12.6 %	436 600	11.4 %
CanWest Global	The Gazette	544 200	10.9 %	106 300	2.8 %
Le Devoir Inc	Le Devoir	244 600	4.9 %	206 200	5.4 %
Glacier Ventures International	The Record	4 000	0.1 %	4 000	0.1 %
Total****	14 quotidiens	4 988 100	100 %	3 840 700	100 %

* Il s'agit du nombre de personnes ayant feuilleté ou lu au moins une édition pendant une semaine de publication.

** NADbank a tenu compte des lecteurs qui consultaient les éditions en ligne des journaux lors de la compilation des totaux hebdomadaires. Ce n'est toutefois pas le cas pour *Le Journal de Québec* et *Le Journal de Montréal* qui n'ont pas leurs propres sites.

*** Des données particulières aux francophones sont compilées pour les marchés de Montréal et de Ottawa-Gatineau. De plus, nous avons assumé que *The Record* s'adressait aux anglophones.

**** Il s'agit du nombre de personnes ayant feuilleté ou lu au moins une édition pendant une semaine de publication ou qui avaient consulté au moins une version électronique du journal.

***** Comme c'est le cas pour plusieurs autres journaux, le *Quotidien* n'est pas publié le dimanche. Cependant, les données publiées par NADbank pour ce titre incluent le lectorat de l'hebdomadaire *Progrès-Dimanche* qui appartient aussi à Gesca.

Source : Compilation du CEM à partir des données de NADbank

ANNEXE C

TIRAGE DES QUOTIDIENS QUÉBÉCOIS

Répartition des titres et du tirage des quotidiens québécois selon la propriété (2008)							
Groupes	Titres	Nombre total d'exemplaires par semaine	Parts de marché (%)		Moyenne lundi au vendredi	Samedi	Dimanche
			Marché total	Marché francophone			
Gesca (Power)	La Presse	1 512 086			203 500	272 716	221 870
	La Tribune	198 340			32 227	37 205	0
	La Voix de l'Est	96 580			15 833	17 415	0
	Le Nouvelliste	262 469			43 080	47 069	0
	Le Soleil	612 064			82 020	112 666	89 298
	Le Quotidien	167 796			27 742	29 086	0
	Le Droit	215 896			35 367	39 061	0
		3 065 231	37.2	42.5	439 769	555 218	311 168
Quebecor	Le Journal de Montréal	1 841 322			258 841	290 885	256 232
	Le Journal de Québec	739 685			102 275	124 428	103 884
	24 heures	704 295			140 859	0	0
		3 285 302	39.8	45.5			
CanWest Global	The Gazette	1 005 904	12.2	-	142 618	155 066	137 748
Transcontinental (60 %)	Métro	689 250	8.4	9.6	137 850	0	0
Le Devoir Inc	Le Devoir	180 016	2.2	2.5	27 317	43 431	0
Glacier Ventures International	The Record	24 635	0.3	-	4927	0	0
Total	14 quotidiens	8 250 338	100.0	100.0	1 254 456	1 169 028	809 032

Source : Compilation du CEM à partir de données de tirage vérifiées a) par l'Audit Bureau of Circulation (ABC) pour une période de 12 mois se terminant le 31 mars 2008 pour les titres que l'entreprise vérifie, sauf pour *La Voix de l'Est* (déclaration de l'éditeur pour deux périodes de 6 mois, la première se terminant le 30 mars 2008, la seconde le 28 septembre de la même année) et *The Record* (période de 24 mois se terminant le 31 mars 2008); b) par le Canadian Circulations Audit Board (CCAB) pour une période de 9 mois se terminant en décembre 2008 pour le *Journal de Montréal* et le *Journal de Québec* et pour une période de 12 mois se terminant en décembre 2008 pour *24 Heures* et *Mémo*

Bien que les données de tirages du quotidien *The Gazette* soient maintenant vérifiées par le CCAB, aucun rapport n'a encore été publié. Le rapport de vérification de l'ABC a donc été utilisé.

ANNEXE D

DÉFINITIONS DES TYPES DE PARTIALITÉS

Jugement personnel

Les unités d'information où le journaliste présente une opinion précise favorable ou défavorable sur une personne ou une chose ont été catégorisées sous le sous-critère « jugement personnel ». Cette opinion peut être véhiculée à travers le témoignage d'une tierce personne.

Par exemple : L'Hôpital Louis-H. Lafontaine offre les meilleurs soins pour les troubles psychotiques à Montréal.

Partis pris

Les unités d'information où les propos du journaliste adhèrent à l'opinion exprimée par une organisation, une institution ou une personne précise ont été catégorisées sous le sous-critère « partis pris ». Cette opinion peut être véhiculée à travers le témoignage d'une tierce personne.

Par exemple : Après avoir assisté à la conférence du Dr Pierre Lalonde, il est évident que le traitement des troubles psychotiques est une priorité en santé mentale.

Préjugés

Les unités d'information où le journaliste exprime des idées préconçues ou toutes faites sur une situation, une personne ou une chose, ont été catégorisées sous le sous-critère « préjugés ». Ces idées peuvent être véhiculées à travers le témoignage d'une tierce personne.

Par exemple : Les personnes atteintes de troubles psychotiques ont tendance à être très anxieuses, à commettre des actes violents et à s'isoler du reste de la société.

Émotion

Les unités d'information où le journaliste dévoile ses émotions : sa peine, sa déception, ses peurs, etc. ont été catégorisées sous le sous-critère « émotions ». Ces émotions peuvent être véhiculées à travers le témoignage d'une tierce personne.

Par exemple : Après sa visite chez le médecin, madame Tremblay était bouleversée par la nouvelle qu'elle venait d'apprendre.

Préférence

Les unités d'information où le journaliste considère qu'une personne ou une chose est meilleure qu'une autre ont été catégorisées sous le sous-critère « préférence ». Ces propos peuvent être véhiculés à travers le témoignage d'une tierce personne.

Par exemple : La thérapie cognitive est une meilleure option que la prise de médicament pour traiter les troubles psychotiques.

ANNEXE E

DÉFINITIONS DES MALADIES MENTALES

Schizophrénie

La schizophrénie est un trouble cérébral qui résulte d'un déséquilibre des systèmes chimiques du cerveau. La schizophrénie est un trouble mental grave, chronique et très complexe qui touche 1 % de la population canadienne. Cette maladie peut perturber considérablement la manière dont une personne se sent, pense et réagit à ce qui l'entoure.

Les symptômes se développent généralement progressivement, bien qu'ils puissent apparaître soudainement. Les amis et parents sont souvent les premiers à les relever. Parmi les symptômes, citons les idées délirantes (le fait de croire que des gens complotent contre eux), les hallucinations (entendre ou voir des choses qui ne sont pas là), le comportement désorganisé, des changements sur la façon de réagir au milieu environnant, l'absence d'expressions ou d'émotions, des problèmes de concentration, un discours abrégé dénué de détails, la difficulté de planifier en vue d'atteindre des objectifs, des problèmes de mémoire, de la confusion sur le plan de la réflexion et du discours, de la difficulté à tenir une conversation, des mouvements répétitifs (va-et-vient) ainsi que des comportements insensés.

Les causes de la schizophrénie sont encore inconnues. Cette maladie semble être le résultat d'une combinaison de problèmes, mettant en cause une certaine vulnérabilité génétique et des facteurs propres à l'environnement. Les risques de souffrir de schizophrénie sont plus élevés dans les cas où un membre de la famille en est atteint.

(Sources : www.douglas.qc.ca)

Psychose

La psychose n'est pas une maladie en soi. Il s'agit plutôt d'un syndrome associé à une panoplie de problèmes d'ordres mental, comportemental et émotionnel qui touche 3 % de la population canadienne. Les symptômes précoces incluent: des modifications de l'humeur, des habitudes de sommeil et de l'appétit, une perte d'énergie ou de motivation, l'isolement, de la difficulté à se concentrer, des pertes de mémoire, des problèmes au travail ou à l'école. Les symptômes spécifiques incluent : des perturbations de la perception et hallucinations, des croyances et jugements bizarres, des délires, des pensées désorganisées ou comportements bizarres.

Bien que la cause exacte ne soit pas clairement définie, nous savons que la psychose résulte d'une anomalie du cerveau, particulièrement dans les systèmes chimiques de neurotransmission impliquant la dopamine et la sérotonine. La psychose peut être associée à la schizophrénie, aux troubles bipolaires, à la démence, aux AVC, aux tumeurs au cerveau, à la consommation abusive de drogues ou d'alcool ainsi qu'à des antécédents familiaux en matière de psychose.

(Sources : www.douglas.qc.ca)

Dépression

La dépression est un phénomène complexe qui implique des mécanismes internes et des influences externes. On la diagnostique lorsqu'une personne présente une humeur dépressive (pleurs, sentiment de tristesse, de vide), ou une perte d'intérêt ou de plaisir. Les symptômes se manifestent par des changements dans l'appétit, des difficultés de sommeil (insomnie ou tendance à trop dormir), de la fatigue excessive, de l'agitation, des sentiments d'inutilité, des difficultés de concentration, et par des pensées suicidaires ou des références récurrentes à la mort. On considère qu'il s'agit d'une dépression quand les symptômes persistent plus de deux semaines et qu'ils sont suffisamment intenses pour causer d'importantes souffrances personnelles ou une incapacité à fonctionner normalement.

On ne sait pas avec précision ce qui cause la dépression, mais il s'agit d'une maladie complexe faisant intervenir plusieurs facteurs liés à l'hérédité, à la biologie, aux événements

de la vie ainsi qu'au milieu et aux habitudes de vie. La dépression touche 8 % de la population canadienne.

(Sources : www.douglas.qc.ca et www.passeportsante.net)

Troubles bipolaires

Les troubles bipolaires, qui sont aussi connus sous le nom de psychose maniacodépressive, sont des maladies qui entraînent des dérèglements de l'humeur se manifestant par des phases tant de dépression que d'excitation (manies). Ces phases apparaissent soit en réaction au stress, soit sans raison apparente et peuvent être d'intensité variable et s'entrecouper de périodes de stabilité. C'est une condition médicale qui est caractérisée par des changements dans le fonctionnement du cerveau. Environ 1 % de la population canadienne en sera un jour atteinte.

Il arrive à tout le monde de vivre des périodes de bonheur, de tristesse, d'excitation et d'être confronté à certaines difficultés. Cependant, dans le cas des troubles bipolaires, ces changements sont hors de proportion. Ils atteignent une intensité telle que la personne ne réalise pas qu'elle dépasse les bornes, ou encore, la personne souffre tellement de sa dépression qu'elle en est paralysée et est hantée par des idées suicidaires. Cet état amène des problèmes avec la famille, au travail, des problèmes financiers, parfois judiciaires. La maladie peut conduire à l'hospitalisation.

(Sources : www.douglas.qc.ca)

ANNEXE F

TABLEAUX DES FRÉQUENCES

Média / Numéro d'article	Sources d'information														
	Fréquences des unités d'information	Fréquences des témoignages	Fréquences d'experts, proches, personnes atteintes	Fréquences de sources non-spécifiques	Fréquences de police, porte-parole officiels	Fréquences de sources documentaires	Fréquences de études, publications scientifiques	Fréquences de sans référence	Moyenne de témoignages	Moyenne de experts, proches, personnes atteintes	Moyenne de sources non-spécifiques	Moyenne de police, porte-parole officiels	Moyenne de sources documentaires	Moyenne de études, publications scientifiques	Moyenne de sans référence
Journal de Montréal	53	2	17	7		1	33		4%	32%	13%		2%	62%	
1	19		10			1	9			53%			5%	47%	
3	9						9							100%	
13	6						6							100%	
21	10		6	1			9			60%	10%			90%	
22	9	2	1	6					22%	11%	67%				
Journal Métro	13						13							100%	
6	13						13							100%	
La Presse	422	130	140	24	8	28	57	55	31%	33%	6%	2%	7%	14%	13%
2	31		15		7		9	1		48%		23%		29%	3%
5	26		4				21	1		15%				81%	4%
7	55	17	31				4	11	31%	56%				7%	20%
8	20		10	7				2		50%	35%				10%
9	89	51	33	3		6		7	57%	37%	3%		7%		8%
10	74	20	28		1	8		16	27%	38%		1%	11%		22%
11	9	5				4			56%				44%		
12	7	1	2	2		1		1	14%	29%	29%		14%		14%
14	27		9			4		14		33%			15%		52%
15	7					2	5						29%	71%	
16	53	36	8	7			2	2	68%	15%	13%			4%	4%
17	7						7							100%	
18	9						9							100%	
20	8			5		3					63%		38%		
Le Devoir	80	18	18	8		27	9	6	23%	23%	10%		34%	11%	8%
4	23		12			2	9			52%			9%	39%	
19	57	18	6	8		25		6	32%	11%	14%		44%		11%
Total général	568	150	175	39	8	56	112	61	26%	31%	7%	1%	10%	20%	11%

*Des unités d'information peuvent provenir de plus d'une source à la fois.

Média / Numéro d'article / T. de santé mentale	Type d'information												
	Fréquences des unités d'information	Fréquences de consé. personnes atteintes	Fréquences de consé. société	Fréquences de consé. proches	Fréquences de symptômes	Fréquences de définition de la maladie	Fréquences de faits scientifiques	Moyenne de consé. personnes atteintes	Moyenne de consé. société	Moyenne de consé. proches	Moyenne de symptômes	Moyenne de définition de la maladie	Moyenne de faits scientifiques
Journal de Montréal	53	18	10	5	4	1	17	34%	19%	9%	8%	2%	32%
1 : Dépression	19	5			2	1	10	26%			11%	5%	53%
3 : Dépression	9	2	5		2		1	22%	56%		22%		11%
13 : Dépression	6						6						100%
21 : Dépression	10	7	4					70%	40%				
22 : Schizophrénie	9	4	1	5				44%	11%	56%			
Journal Métro	13	11	3				13	85%	23%				100%
6 : Dépression	13	11	3				13	85%	23%				100%
La Presse	422	201	50	47	51	27	68	48%	12%	11%	12%	6%	16%
2 : Dépression	31	20	9				12	65%	29%				39%
5 : Dépression	26	8			2		16	31%			8%		62%
7 : Pédopsychiatrie	55	18	5	6	9	2	9	33%	9%	11%	16%	4%	16%
8 : Psychose	20	17		1			1	85%		5%			5%
9 : Psychose, schizoph	89	33	11	23	22	4	3	37%	12%	26%	25%	4%	3%
10 : Psychose	74	52	7	8	8			70%	9%	11%	11%		
11 : Psychose	9	3		3				33%		33%			
12 : Jeune + sectorisat	7	4	3					57%	43%				
14 : Dépression, troub	27	8			5	6		30%			19%	22%	
15 : Dépression	7	3					7	43%					100%
16 : Dépression, troub	53	21	7	6	4	15	4	40%	13%	11%	8%	28%	8%
17 : Dépression	7	6			1		7	86%			14%		100%
18 : Dépression	9	8					9	89%					100%
20 : Dépression, Troub	8		8						100%				
Le Devoir	80	35	10	1	3		19	44%	13%	1%	4%	0%	24%
4 : Dépression	23	12					19	52%					83%
19 : Dépression	57	23	10	1	3			40%	18%	2%	5%		
Total général	568	265	73	53	58	28	117	47%	13%	9%	10%	5%	21%

*Des unités d'information peuvent appartenir à plus d'un type d'information à la fois.

Étiquettes sociales					
Média / Numéro d'article	Fréquences des unités d'information	Fréquences de lois	Fréquences de jugement perso.	Moyenne de lois	Moyenne de jugement perso.
Journal de Montréal	53				
1	19				
3	9				
13	6				
21	10				
22	9				
Journal Métro	13				
6	13				
La Presse	422	3	14	1%	3%
2	31		6		19%
5	26				
7	55				
8	20				
9	89	1	1	1%	1%
10	74		1		1%
11	9				
12	7		1		14%
14	27		4		15%
15	7				
16	53	2	1	4%	2%
17	7				
18	9				
20	8				
Le Devoir	80	1	5	1%	6%
4	23				
19	57	1	5	2%	9%
Total général	568	4	19	1%	3%

*La majorité des unités d'information qui ne font pas référence à l'étiquette sociale

Groupes de référence							
Média / Numéro d'article	Fréquences des unités d'information	Fréquence de inclusion	Fréquences de exclusion	Fréquences de neutre	Moyenne de inclusion	Moyenne de exclusion	Moyenne de neutre
Journal de Montréal	53	1	32	16	2%	60%	30%
1	19		6	13		32%	68%
3	9		7			78%	
13	6		6			100%	
21	10	1	4	3	10%	40%	30%
22	9		9			100%	
Journal Métro	13		12	1		92%	8%
6	13		12	1		92%	8%
La Presse	422	14	188	54	3%	45%	13%
2	31	2	13	15	6%	42%	48%
5	26		7	19		27%	73%
7	55		29	12		53%	22%
8	20	5	7		25%	35%	
9	89		43	3		48%	3%
10	74		29	2		39%	3%
11	9		4	1		44%	11%
12	7		4			57%	
14	27		18			67%	
15	7	3			43%		
16	53	2	21	2	4%	40%	4%
17	7	1	3		14%	43%	
18	9		8			89%	
20	8	1	2		13%	25%	
Le Devoir	80	3	35	11	4%	44%	14%
4	23		11	11		48%	48%
19	57	3	24		5%	42%	
Total général	568	18	267	82	3%	47%	14%

Média / Numéro d'article	Stéréotypes																																		
	Fréquences des unités d'information	Fréquences de dangerosité	Fréquences de violence	Fréquences de imprévisibilité	Fréquences de dépendance	Fréquences de anxiété	Fréquences de associabilité	Fréquences de tristesse	Fréquences de paresse	Fréquences de non fonct. social	Fréquences de instable	Fréquences de non respons. actes	Fréquences de suicide	Fréquences de culpabilité	Fréquences de autres stéréotypes	Moyenne de dangerosité	Moyenne de violence	Moyenne de imprévisibilité	Moyenne de dépendance	Moyenne de anxiété	Moyenne de associabilité	Moyenne de tristesse	Moyenne de paresse	Moyenne de non fonct. social	Moyenne de instable	Moyenne de non respons. actes	Moyenne de suicide	Moyenne de culpabilité	Moyenne de autres stéréotypes						
Journal de Montréal	53	2	7	2						3	1					4%	13%	4%						6%	2%										
1	19																																		
3	9								3														33%												
13	6																																		
21	10																																		
22	9	2	7	2							1					22%	78%	22%							11%										
Journal Métro	13					2				2										15%			15%												
6	13					2				2										15%			15%												
La Presse	422	8	13	17	2	11	2	1	11	17	1	17	1	17	23	2%	3%	4%	<1%	3%	<1%	<1%	3%	4%	<1%	4%				5%					
2	31									4	1												13%	3%											
5	26					3														12%															
7	55		2	2		2				1	1	4								4%			2%	2%	7%										
8	20																																		
9	89	6	7	5	1	2				2	2	3				7%	8%	6%	1%			2%													
10	74	2	3	6	1					2	5	9				3%	4%	8%		1%															
11	9																																		
12	7																																		
14	27					4	1	1		2	8	1								4%			7%	30%	4%										
15	7																																		
16	53					3	1					1								6%															
17	7																																		
18	9		1			1														11%															
20	8																																		
Le Devoir	80					2	1	1	1	1		1								3%	1%	1%	1%	1%	1%	1%									
4	23					2	1													9%		4%													
19	57									1		1												2%		2%									
Total général	568	10	20	19	2	15	2	2	17	17	2	18			33	2%	4%	3%	<1%	3%	<1%	<1%	3%	3%	<1%	3%									

*Ce ne sont pas toutes les unités d'information qui font référence à des stéréotypes

ANNEXE G

CORPUS D'ARTICLES

SOCIÉTÉ

L'abus d'alcool provoquerait la dépression chez la femme

TORONTO | (PC) L'abus d'alcool et la dépression profonde sont plus étroitement liés chez la femme que chez l'homme, selon une nouvelle étude canadienne. Ce qui laisse entendre qu'une approche différenciée selon les sexes pourrait être de mise dans le diagnostic et le traitement de cette maladie mentale courante.

L'étude, qui est publiée dans le numéro de janvier du journal médical *Alcoholism : Clinical and Experimental Research*, est constituée de longues entrevues téléphoniques réalisées auprès de plus de 6000 hommes et 8000 femmes âgés entre 18 et 76 ans, choisis au hasard partout au Canada entre janvier 2004 et mars 2005.

Analyse

L'analyse des données a démontré que la relation entre la dépression et la consommation d'alcool était plus prononcée chez la femme que chez l'homme, mais seulement si les symptômes du sujet correspondaient

« Si tu traites quelqu'un pour une dépression, surtout si c'est une femme qui souffre d'une dépression profonde, ça serait une bonne idée d'examiner sa consommation d'alcool – et surtout la quantité d'alcool qui est consommée chaque fois, a expliqué l'auteur de l'étude, Kathryn Graham, du Centre de toxicomanie et de santé mentale. Je pense que les médecins ont davantage tendance à questionner les hommes au sujet de l'alcool, mais ils devraient au moins prévenir les femmes de ne pas consommer trop d'alcool chaque fois. »

« ON NE SAIT PAS SI TU ES DÉPRIMÉ PARCE QUE TU BOIS TROP OU BIEN SI TU BOIS TROP PARCE QUE TU ES DÉPRIMÉ »
LA PROFESSEURE KATHRYN GRAHAM

M^{me} Graham, qui enseigne la psychologie à l'université Western Ontario, révèle que son étude de 14 mois a déterminé qu'une consommation fréquente d'une faible quantité d'alcool ne semble pas être liée à la dépression. En fait, ceux qui prennent moins de deux et jamais plus de cinq consommations par fois sont moins déprimés (...) que les buveurs repentis», a-t-elle expliqué.

« La relation la plus importante existe chez ceux qui consomment beaucoup d'alcool à chaque occasion », a-t-elle ensuite précisé.

au diagnostic clinique d'une dépression profonde. Aucune différence entre les sexes n'a été décelée chez les sujets qui ont dit avoir récemment éprouvé des sentiments dépressifs.

La professeure Graham précise qu'aucune étude n'a encore été en mesure de définir la nature exacte de la relation cause-effet entre la dépression et l'alcool. On ne sait pas si tu es déprimé parce que tu bois trop ou bien si tu bois trop parce que tu es déprimé», a-t-elle dit. L'existence d'un lien entre les deux semble toutefois claire. On

sait que parmi les gens traités pour des problèmes d'alcool, le taux de dépression chute quand ils s'abstiennent de boire et, inversement, que des sentiments dépressifs peuvent accompagner une gueule de bois.

« Il est certain que de prendre quatre ou cinq consommations chaque fois n'aidera pas la dépression et pourrait même y contribuer (surtout chez les femmes), a dit M^{me} Graham. Ça serait une façon de consommer à éviter. »



10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

4

5

7

2

500 000 travailleurs victimes de dépression

MATHIEU PERREault

- ① Une dépression cause un mois et demi d'absence au travail, selon une nouvelle étude de Statistique Canada.
- ② Les femmes et les personnes qui travaillent de soir ou de nuit sont beaucoup plus touchées que la moyenne.
- ③ « Nous démontrons pour une des premières fois que la dépression cause des problèmes à long terme au travail », explique l'auteur de l'étude, Heather Gilmour, de Statistique Canada.
- ④

➤ Voir DÉPRESSION en page A16

DÉPRESSION

suite de la page A1

- ⑤ « Les problèmes perdurent plusieurs années après l'épisode dépressif, soit parce qu'il y a des rechutes sans symptômes, soit parce qu'il y a des séquelles. »
- ⑥ Un demi-million de travailleurs canadiens souffrent de dépression, soit 3,7 % des travailleurs de 25 à 64 ans, selon l'étude. Ce taux passe du simple au double de l'homme à la femme, 2,6 % contre 5,1 %.
- ⑦ Une dépression cause une diminution de la capacité de travail dans 79 % des cas et nécessite en moyenne 32 jours de congé de maladie.
- ⑧ Pour Réjean Parent, président de la Confédération des syndicats du Québec, ce problème naît du manque de « justice organisationnelle ». Les travailleurs ont plus de problèmes de santé mentale quand ils ont l'impression de ne pas être traités équitablement, quand ils ont l'impression que des collègues sont mieux traités qu'eux, dit M. Parent.
- ⑨ La reconnaissance est aussi importante. Ce n'est pas seulement une question de salaire. C'est la reconnaissance qu'une personne a des obligations familiales, qu'elle fait un bon travail, qu'elle a des besoins particuliers.
- ⑩ Une étude de la CSQ a montré que 30 % de ses membres souffraient d'une détresse psychologique importante et que la moitié d'entre eux avaient pensé à quitter leur emploi pour cette raison.
- ⑪ M. Parent n'est pas surpris que les femmes soient plus touchées, parce qu'elles sont majoritaires dans les services publics, où les conditions de travail, notamment les outils de travail, se sont beaucoup dégradés ces dernières années.
- ⑫ Ce sont souvent

Coût de l'absentéisme pour cause de dépression aux États-Unis : **51,5 milliards \$US**

Proportion des personnes déprimées qui doivent s'absenter du travail : **16%**

47% des personnes déprimées font état d'un faible soutien de leurs collègues

24% des personnes déprimées font état d'un faible soutien de leur superviseur

Prévalence de la dépression

Hommes	2,6%
Femmes	5,1%
Cols blancs	3,9%
Ventes-services	4,6%
Cols bleus	2,5%

Nombre d'heures de travail par semaine

entre 1 et 30	5,7%
entre 30 et 40	4,1%
plus de 40	2,6%
Travail de jour	3,5%
Travail de soir ou de nuit	5,6%
Horaire irrégulier	4%
Marié ou en union libre	3%
Divorcé/séparé/veuf	7,5%
Jamais marié	5%

Revenu

Niveau inférieur/moyen	4,7%
Niveau moyen/supérieur	2,5%



PHOTO ANDRÉ TREMBLAY. ARCHIVES LA PRESSE ©

Une dépression cause une diminution de la capacité de travail dans 79 % des cas et nécessite en moyenne 32 jours de congé de maladie.

(17) des gens qui ont une notion de service public important. Ne pas pouvoir faire leur travail adéquatement, c'est grave pour eux. (18)
 (19) Les dépressions des hommes et des femmes n'ont pas les mêmes causes. (Pour les femmes, c'est souvent associé à une surcharge,

(22) coolisme et de toxicomanie chez les hommes, des symptômes autodestructeurs qui sont en quelque sorte un équivalent de la dépression. »
 [En ce qui concerne le travail de soir ou de nuit, M^{me} Zizzi pense qu'il s'agit en partie de réponses neurobiologiques. « Il y a beaucoup

Toronto. Les études sur le travail de soir et de nuit ne permettent pas de conclure si les gens ont des problèmes à cause de ces horaires ou si les gens qui ont des problèmes choisissent ce genre d'horaire. » (27)

[L'un des résultats intéressants de l'étude de Statistique Canada est que le travail à temps partiel (moins de 30 heures par semaine) est deux fois plus susceptible de mener à la dépression que la semaine de 40 heures (5,7 % contre 2,6 %). Ce résultat

« Les travailleurs ont plus de problèmes de santé mentale quand ils ont l'impression de ne pas être traités équitablement. »

(20) à la combinaison des rôles familiaux et professionnels », explique Angela Zizzi, psychologue à l'hôpital Louis-Hyppolite-Lafontaine. « Pour les hommes, c'est plutôt lié aux transformations dans les entreprises, aux remaniements, aux rétrogradations, aux pertes de statut. Il y a aussi davantage d'al-

de débalancements organiques. (24) Mais ça cause aussi des problèmes d'instabilité dans le reste de la vie, notamment au plan social. » (24)
 [Mais il peut aussi s'agir d'un problème classique œuf-poule, selon Cameron Mustard, président de l'Institut pour le travail et la santé de l'Université de

(29) rappelle à M. Cameron des études montrant que la dépression des mères est surtout liée à la monoparentalité. (30) Les femmes qui ont du succès au travail et une relation stable avec le père de leurs enfants ont beaucoup moins de dépression, même si concilier ces différentes sphères est parfois complexe. (31) Ce qui est difficile, c'est de travailler quand on est mère de famille monoparentale. »

(2)

(26)

(28)

(29)

(30)

(31)

(25)

(3)

[DÉPRESSION A risque

① Le travail affecté]

[Les employés les plus à risque pour la dépression sont ceux qui «font régulièrement des quarts de soirée ou de nuit»] ⑤

[OTTAWA (PC) — Environ un demi-million de travailleurs canadiens souffraient de dépression en 2002] ②

[ainsi que ceux du secteur des ventes et des services.] ⑥

[de l'avis de la plupart d'entre eux, leurs symptômes nuisaient à leurs capacités au travail, a indiqué hier Statistique Canada.] ③

[Quelque 79 % des personnes dépressives ont noté que leurs symptômes nuisaient à leurs capacités «dans au moins une certaine mesure», a écrit l'agence.] ⑦

[Dans le cadre d'une enquête portant sur la santé mentale et le bien-être, l'agence fédérale a établi que près de 4 % des travailleurs âgés de 25 à 64 ans avaient souffert de dépression, lors des 12 mois ayant précédé l'étude.] ④

[En outre 19 pour cent de l'échantillon qualifiait ces troubles de «très sévères».] ⑧

[En moyenne, les travailleurs en dépression ont déclaré 32 jours durant l'année de référence où les symptômes les avaient «rendus totalement incapables de travailler ou d'exécuter leurs activités normales».] ⑨

SANTÉ

[La psychothérapie ne suffit pas aux cardiaques qui souffrent de dépression]

PAULINE GRAVEL

On savait que la dépression majeure dont souffre près d'un cardiaque sur cinq peut nuire à la rémission de la maladie coronarienne, voire compromettre la survie des patients. Une équipe pancanadienne dirigée par le Dr François Lespérance, directeur du département de psychiatrie du CHUM, montre, dans la dernière édition de la revue *Journal of the American Medical Association (JAMA)* que l'administration d'un antidépresseur qui accroît la quantité de sérotonine à la jonction entre les neurones est une meilleure stratégie que la psychothérapie pour soulager ces individus de leur profond malaise et pour leur redonner une bonne qualité de vie.

Dans le cadre de l'étude CREATE (Canadian Cardiac Randomized Evaluation of Anti-depressant and Psychotherapy Efficacy), qui a porté sur 284 patients souffrant à la fois d'une maladie coronarienne et d'une dépression majeure, l'équipe de chercheurs canadiens a observé que la psychothérapie ne procurait aucun bénéfice de plus que ceux induits par la simple visite de contrôle hebdomadaire. Par contre, l'administration de l'antidépresseur citalopram, un inhibiteur de la recapture de la

sérotonine par les synapses des neurones, a réduit les symptômes dépressifs avec une efficacité nettement supérieure à celle du placebo, et ce, sans aucun effet secondaire néfaste.

«Plusieurs antidépresseurs qui agissent sur la sérotonine, dont plusieurs tricycliques qui ont longtemps été utilisés, sont contre-indiqués pour les patients cardiaques parce qu'ils comportent des risques d'interaction avec d'autres médicaments. Sachant que les cardiaques consomment déjà beaucoup de médicaments, nous avons choisi le citalopram parce qu'il présente un très faible de risque d'interaction médicamenteuse», a précisé le Dr Lespérance.

«On aurait souhaité voir la psychothérapie être une solution de rechange, a poursuivi le

chercheur. Mais nous avons démontré que les fréquentes visites [de suivi] de 20 minutes semblaient améliorer la condition de plusieurs patients autant que la psychothérapie. Les patients étaient rassurés par le fait qu'ils se sentaient bien surveillés. Cet effet placebo psychologique constituait l'effet dominant.»

Le chercheur interprète l'inefficacité de la psychothérapie par le fait qu'elle vise à induire une introspection sur son mode de vie et ses relations interpersonnelles, qui génèrent probablement du stress et de l'anxiété chez les patients lorsque ceux-ci comprenaient l'importance de leurs problèmes de vie et qu'ils se sentaient dépourvus pour y faire face.

Le Dr Lespérance insiste néanmoins pour dire que «la psychothérapie peut être utile pour soigner des troubles mentaux en association ou non avec des traitements pharmacologiques». Et qu'elle a plutôt montré son efficacité dans le traitement de personnes déprimées qui jouissent par ailleurs d'une bonne santé physique.

Les recommandations formulées par les groupes d'experts canadiens indiquent que la psychothérapie seule peut être suffisante pour guérir une dépression légère, mais qu'elle doit être associée à un antidépresseur pour venir à bout d'une dépression modérée à sévère.

Dans le cas précis des déprimés atteints d'une maladie coronarienne, l'administration d'un antidépresseur bloquant la recapture de sérotonine (le citalopram ou le sertraline), en combinaison avec des visites médicales régulières, devrait être considérée comme le traitement initial à offrir à ces patients, dont l'état dépressif non seulement est douloureux, mais compromet la mise en application des recommandations prescrites par leur cardiologue, soit la prise de leurs médicaments ainsi que la modification de leurs habitudes de vie, concluent les chercheurs dans leur article.

Le Devoir



[La psychothérapie peu efficace pour traiter les malades dépressifs et cardiaques]

PASCAL BRETON

Comment soigner une personne cardiaque et dépressive? Une chose est maintenant certaine : les séances de psychothérapie ne sont pas plus efficaces qu'une simple consultation médicale.

Chez les personnes qui souffrent d'une maladie cardiaque, le risque de dépression frappe près d'un patient sur cinq. Un taux de deux à trois fois plus élevé que dans la population en général.

Un groupe de chercheurs canadiens a voulu savoir comment les traiter. Résultats étonnants : la prise d'un antidépresseur combinée à une visite médicale hebdomadaire d'une vingtaine de minutes est aussi efficace qu'un antidépresseur jumelé à une psychothérapie.

« Nous ne sommes pas surpris de l'effet de l'antidépresseur, mais nous sommes surpris de voir qu'une visite de seulement 20 minutes était à ce point utile par rapport au fait de passer plus de temps avec le patient », explique le Dr François Lespérance.

Professeur en psychiatrie à l'Université de Montréal et chef du département de psychiatrie du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), le Dr Lespérance a dirigé les travaux.

Au total, 284 patients ont été suivis dans une dizaine d'hôpitaux du Canada entre

mai 2002 et mars 2006. C'est la première étude sur le sujet qui analyse à la fois l'application d'un traitement pharmacologique et un traitement non pharmacologique, précise le Dr Lespérance.

Les chercheurs notent un lien étroit entre la dépression et une maladie cardiaque. Chez certains patients, l'annonce d'une maladie physique entraîne un stress chronique qui mène à la dépression.

Chez les personnes qui souffrent d'une maladie cardiaque, le risque de dépression frappe près d'un patient sur cinq.

D'autres auraient des facteurs de vulnérabilité génétique qui prédisposent aux deux problèmes.

Une dépression peut aussi prédisposer à souffrir plus tard d'un problème cardiaque, au même titre que le tabagisme ou le cholestérol.

Pour les fins de l'étude, une cohorte de patients a reçu un antidépresseur qui agit sur la sérotonine, une substance présente dans le cerveau et qui sert de neurotransmetteur. L'autre groupe a reçu un placebo.

(17) [« Avec la prise d'un antidépresseur, nous avons noté une amélioration de 15 % », indique le D^r Lespérance.]

(18) [En parallèle, le deuxième volet de l'étude portait sur le traitement non pharmacologique.]

(19) [Une cohorte se présentait pour une consultation médicale de 20 minutes auprès d'un professionnel.]

(20) [En plus de cette visite, les participants de l'autre cohorte avaient droit en plus à une psychothérapie individuelle.]

(21) [Dans ce cas, les résultats ne sont pas concluants.]

(22) [La plupart des participants se sont pourtant montrés enthousiastes face à la psychothérapie.]

(23) [Ils se présentaient à toutes les séances.]

(24) [Les thérapeutes avaient été formés pour cette étude et le modèle semblait prometteur pour les chercheurs.]

(25) [« L'une des hypothèses dont nous avons discuté est que lorsqu'on traite une dépression majeure avec une condition physique associée, comme une maladie cardiaque, les gens peuvent trouver difficile de s'adapter à la maladie et de discuter des enjeux de la dépression », souligne le D^r Lespérance.]

(26) [Si la psychothérapie s'est avérée peu utile dans le cas des malades cardiaques, elle n'est toutefois pas remise en question pour le traitement de la dépression en général.]

5

La dépression affecte 1 travailleur sur 25



EN CHIFFRE

8% C'est la proportion de Canadiens qui ont vécu un épisode de dépression au cours de leur vie.

L'enquête, comparativement à 2,5 % pour les autres.

L'enquête de Statistique Canada révèle aussi que chaque travailleur dépressif connaît, en moyenne, 32 jours d'incapacité par année. Néanmoins, 57 % d'entre eux déclarent cinq jours ou moins d'incapacité, tandis que 40 % n'en déclarent aucun. Par contre, ces derniers ressentent davantage les effets de la dépression sur leur vie sociale et familiale que sur leur capacité de travailler, conclut Statistique Canada.

PASSEPORTSANTÉ.NET

ployés qui travaillent à temps partiel (5,7 %) comparativement à ceux qui travaillent plus de 40 heures (2,6 %) par semaine. Par ailleurs, les gens qui ont des horaires atypiques sont plus propices à la dépression (5,6 %) que ceux qui travaillent de jour (3,5 %).

Au Québec, pas moins de 22 % des employés sont affectés à des horaires de soir ou de nuit.

Parmi les travailleurs qui disaient éprouver un stress élevé au travail, 6 % ont vécu une dépression au cours des 12 derniers mois précédant

AU CANADA, près d'un demi-million de travailleurs ont vécu un épisode dépressif en 2001, selon une récente étude de Statistique Canada.

Quatre facteurs reliés au travail seraient associés à la dépression - légère, modérée ou grave : la profession, les heures travaillées, les horaires atypiques et le stress.

L'enquête démontre que les femmes (5,1 %) sont plus touchées que les hommes (2,6 %). Tous sexes confondus, un travailleur canadien sur douze (8 %) a vécu un épisode dépressif au cours de sa vie.

Sur le plan professionnel, la dépression affecte surtout les employés du secteur des ventes et services (4,6 %), suivis des cols blancs (3,9 %) et, plus loin, des cols bleus (2,5 %).

Les épisodes de dépression sont plus élevés chez les em-

6

1

11

12

13

8

10

Se tuer à 4 ans

Au Québec, de plus en plus d'enfants traités en pédopsychiatrie



KATIA GAGNON

En 12 ans de pratique dans un grand hôpital québécois, le pédopsychiatre n'avait pratiquement jamais vu ça. Un enfant de 4 ans hospitalisé en psychiatrie parce qu'il s'était volontairement jeté devant une voiture. Tentative de suicide. À 4 ans.

Cet exemple récent, qui nous a été raconté par un médecin sous le couvert de l'anonymat, est bien sûr extrême. Mais il illustre cependant une tendance de fond : les petits patients en pédopsychiatrie sont de plus en plus jeunes.

Aucune statistique ne vient démontrer ce fait, mais les témoignages de plusieurs pédopsychiatres interviewés par *La Presse* vont à peu près tous dans le même sens.

« Les patients nous arrivent de plus en plus jeunes », dit Luc Blanchet, pédopsychiatre à l'hôpital Jean-Talon.

« On ne peut pas démontrer ça de façon empirique, mais il y a comme une tendance », poursuit-il. À 8 ou 10 ans, raconte-t-il, des enfants consultent pour des problèmes d'anxiété grave. Même à 6 ou 7 ans, on a des petits garçons qui parlent de mort.

Le Dr Blanchet a récemment vu un enfant d'un an et demi atteint d'un trouble alimentaire marqué : il refusait carrément de s'alimenter. Les parents ont dû consulter à la clinique alimentaire d'un service de psychiatrie pédiatrique.

Corps d'enfants, maux d'adultes

Il y a 10 ans, « on ne voyait pas de maladies psychiatriques comme telles chez les jeunes. Maintenant, c'est monnaie courante chez les adolescents et de plus en plus fréquent chez les enfants », dit la pédopsychiatre Marie Plante, du Centre hospitalier universitaire de Québec.

Pourquoi? Évidemment, les diagnostics sont de plus en plus précoces et précis.

« On dépiste plus tôt, on dépiste mieux. Avant, plusieurs enfants qu'on voit ici n'auraient pas consulté », souligne Patricia Garrel, chef du service de psychiatrie de Sainte-Justine.

Mais le développement même des enfants pourrait aussi être en cause. Le développement cognitif des enfants se fait plus rapidement. Or, la dépression est liée au développement cognitif », explique le psychiatre Jean-Jacques Breton, de l'hôpital Rivière-des-Prairies. Le stress de nos vies fait ressortir les fragilités plus vite », ajoute Marie Plante.

Un jeune sur cinq

Au cours de sa carrière de directeur d'école à la commission scolaire Pointe-de-l'Île, Alain Noël a souvent travaillé en milieu défavorisé. Et il a vu beaucoup, beaucoup de très jeunes enfants atteints.

7

7

26 « Ce qui a vraiment changé, c'est l'âge des premiers symptômes : troisième, quatrième année », dit-il. »

27 « Au Centre jeunesse de Montréal, on fait le même constat. À tel point qu'un projet d'entente vient d'être conclu avec deux hôpitaux de Montréal pour créer un hôpital de jour pour des tout-petits de moins de 5 ans atteints de problèmes de santé mentale. »

28 « La clientèle s'alourdit chez les petits », constate Anne Duret, coordonnatrice au soutien à l'intervention au CJM. »

29 « Le D' Breton a établi au début des années 90 que, parmi les jeunes de 6 à 14 ans, un sur cinq souffre de problèmes de santé mentale, pris au sens large. »

30 « Pour un jeune sur 10, le trouble est grave. C'est un chiffre modéré », précise-t-il. Car depuis 10 ans, ces données ont probablement fait un bond. »

31 « Les troubles alimentaires augmentent. Les dépressions surviennent plus tôt. »

32 « Peu d'accès aux services d'aide. »

33 « Le drame, c'est que ces enfants malades et leurs parents ont beaucoup de difficulté à obtenir de l'aide. Seuls 15 % des jeunes gravement atteints seront vus par un psychiatre. « Il nous en échappe énormément », dit Luc Blanchet. »

34 « Dans les derniers mois, La Presse a recueilli plusieurs témoignages bouleversants de familles égarées dans les dédales du réseau qui se tournent, en désespoir de cause, vers les urgences ou même la police. »

35 « Comme Nancy Wheaton, par exemple, mère d'un petit garçon de 8 ans atteint du syndrome de Gilles de la Tourette, une maladie aux frontières de la psychiatrie et

29 de la neurologie. Pour maîtriser ses terribles accès de colère et son anxiété malade, Alex prend chaque jour plusieurs doses d'un puissant antipsychotique. »

40 « Un jour, malchance, sa pédopsychiatre tombe malade. Pendant des mois, M^{me} Wheaton cherchera vainement un nouveau psychiatre pour suivre son fils. »

41 « Le temps presse puisque le médicament tire à sa fin. »

42 « Sa pédiatre avait peur du médicament. Elle ne voulait pas toucher à ça. »

43 « En désespoir de cause, elle se rend aux urgences. Après huit heures d'attente, la pédopsychiatre de garde lui renouvelle son ordonnance. Les doses? À la mère de les ajuster. »

44 « Commence par ça. Tu vas voir ce que ça donne, et augmente la dose jusqu'à un résultat », lui dit la psychiatre. »

45 « Ils sont malades! Ils ne me connaissent même pas! » s'exclame M^{me} Wheaton. »

46 « À cette mère, seule avec son conjoint, revient donc la lourde responsabilité de doser la médication de son fils. »

47 « Car, bien sûr, la pédopsychiatre vue en urgence ne peut pas suivre le petit garçon. »

48 « Mon drame, c'est : pas assez. Alex n'est pas assez dépressif. Il n'est pas assez violent. Sinon, il serait suivi. »

49 « Son cas résume tout le drame des soins pédopsychiatriques au Québec: à moins d'une menace claire et immédiate, on a peu de chances d'obtenir des services. »

50 « »

> DEMAIN : UNE PREMIÈRE LIGNE INEXISTANTE

> MERCREDI : LES NOUVEAUX ASILES

[HÔPITAL DOUGLAS

①

⑧

Une rare exception]

KATIA GAGNON

②

③ [Dans le petit monde de la psychiatrie, le programme PEPP de l'hôpital Douglas est une exception. Une belle exception.]
 [Les jeunes qui passent à travers un premier épisode de psychose et qui ont la chance de frapper à cette porte n'auront à subir aucune attente; leur traitement commence en moins de 72 heures.]
 [Ce programme, unique au Québec, s'adresse aux jeunes de 14 à 30 ans.]
 [Les 120 patients suivis viennent en majorité du Sud-Ouest montréalais.]
 [et ont expérimenté pour la première fois un accès de psychose.]
 [La plupart des jeunes affligés d'un tel mal passent par les urgences, ou doivent, à tout le moins, être référé en psychiatrie par un médecin généraliste.]
 [Pas au Douglas.] ⑧

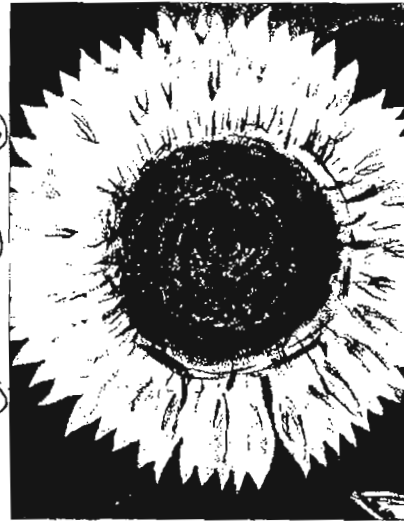
Moins de trois jours

⑩

[N'importe qui peut appeler Karen Goldberg, chargée du tri au programme PEPP.]
 [Famille, amis, ou le patient lui-même.] ⑪

⑫ [En moins de trois jours, le patient est rencontré et, s'il s'agit bel et bien d'un premier accès de psychose, le traitement commence.]
 [Pour l'évaluation, les intervenants se rendent sur place, chez le patient.]
 [Chaque patient est sous la supervision d'un intervenant pivot, qui s'occupera pendant plusieurs mois non seulement de son cheminement dans le réseau de la santé, mais également de tous ses besoins psychosociaux.]
 [Le rêve, quoi.] ⑬

⑭ [« Notre philosophie, c'est de ne pas avoir de liste d'attente. Il faut voir les gens quand ils en ont besoin », dit Ridha Joobar, un des médecins révolutionnaires qui ont eu l'initiative de ce programme.]
 [Nous essayons d'éliminer toutes les barrières classiques que place le réseau de la santé sur le chemin de chaque patient.]
 [Chaque année, de 600 à 700 jeunes Montréalais expérimentent leur premier épisode de psychose.]
 [Une très faible partie d'entre eux seront traités rapidement.] ⑯ ⑰ ⑱ ⑲



Free of Last, Deborah Stewart

SANTÉ MENTALE

VIVRE AVEC UNE BOMBE À RETARDEMENT

QUAND LES JEUNES BROIENT DU NOIR, ET QUE LEURS PARENTS CHERCHENT UN PEU DE LUMIÈRE. NOTRE DOSSIER EN PAGES A2 ET A3

① (9)
②

VIVRE AVEC UNE BOMBE À RETARDEMENT

③ Cette année, entre 600 et 700 jeunes Montréalais expérimenteront leur premier épisode de psychose. ④ Sur 100 000 jeunes Québécois qui ont des problèmes de santé mentale, à peine 15 000 seront vus par un psychiatre, souvent après des mois d'attente. ⑤ Des histoires d'horreur, bien des parents qui accompagnent leur enfant dans cette situation en ont à raconter. ⑥ Une heureuse exception : l'hôpital Douglas, qui agit avec célérité. ⑦ Le ministère de la Santé s'est aussi doté d'un programme axé sur les soins de première ligne. Qui ne fait pas l'unanimité.



⑧ Deux mois avant que son fils ne dégage son arme dans l'enceinte du collège Dawson, la mère de Kimveer Gill avait remarqué que son garçon semblait vraiment déprimé. ⑨ Il s'enfermait dans sa chambre. ⑩ Le monde entier souffre », lui a-t-il lancé un jour. ⑪ Si j'avais su, raconte-t-elle, je l'aurais emmené chez le médecin. ⑫

⑬ Question : que se serait-il passé si M^{me} Gill, quelques semaines avant la tragédie, avait pris le téléphone pour trouver de l'aide pour son fils? ⑭ Réponse : probablement rien. ⑮ Parlez-en à Marc et Diane. Leur histoire pourrait être celle des parents Gill. ⑯ Pendant quatre ans, ils ont vécu avec une bombe : leur fils Dominique. ⑰ À l'âge de 13 ans, le beau brun, qui avait toujours été un bon élève, pique du nez à l'école. ⑱ Il commence à tenir des propos étranges. ⑲ Un soir, il lance une chaise dans la fenêtre de sa chambre. ⑳ Ses parents, un couple heureux de la classe moyenne, sont totalement pris au dépourvu. ㉑ Bien sûr, ils cherchent à consulter. ㉒ Seul recours : les urgences. ㉓ Ils n'ont pas de médecin de famille. ㉔ Ils se rendent donc au CLSC, où une travailleuse sociale minimise les comportements de Dominique. ㉕ « C'est juste une mauvaise passe. » ㉖ À l'école, on leur refuse un rendez-vous chez le psychologue scolaire, trop pris « par d'autres cas plus urgents ». ㉗ Ils tournent en rond, comme ça, pendant quatre longues années. ㉘ « Personne, nulle part, ne nous a



9

Life, Francis Sheeris

26 mis sur le début d'une piste pour comprendre », résume Marc.]
 27 [Petit à petit, l'état de leur fils se détériore.] Un soir, c'est la crise. Dominique, furieux, frappe de toutes ses forces l'embrasement d'une porte.] A bout de ressources, son père se rend au poste de police.] En chemin, il croise une ambulance.] 30
 31 [Les ambulanciers doivent convaincre Dominique, qui a maintenant 17 ans, de les suivre.] Il aurait très bien pu refuser. Ses parents n'auraient alors eu aucun recours.] Marc retient son souffle.]
 32 [« Quand il m'a donné son sac et qu'il a embarqué dans l'ambulance par lui-même, les deux jambes m'ont lâché », raconte Marc.] Ce grand colosse se souviendra toujours de ces minutes, passées au cœur d'une nuit très noire. Les pires de sa vie.] 35
 36 [Aux urgences, il ne faut que quelques instants au psychiatre de garde pour déterminer que leur fils est en grave psychose.] Après quelques jours, le diagnostic tombe : schizophrénie.] « Votre fils est très malade. Il aurait pu tuer », leur dit le psychiatre.] 38

« Ça faisait quatre ans qu'on était là-dedans et on se fait dire ça, raconte Diane, la voix brisée. J'étais effondrée. »] 39
 [Première ligne inexistante] 40
 41 [Sur 100 000 jeunes Québécois souffrant de problèmes importants de santé mentale, seuls 15 000 seront vus par un psychiatre.] En partie à cause de l'état lamentable dans lequel se trouvent les services de santé mentale pour les jeunes.] [La première ligne en santé mentale pour jeunes, ça n'existe pas », résume la pédopsychiatre Marie Plante, qui pratique au Centre hospitalier universitaire de Québec.] 43
 44 [Les CLSC? Pour les cas jugés non urgents, le jeune verra tout au plus une travailleuse sociale dans un mois.] Les psychologues sont rares dans les CLSC et ils sont débordés dans les écoles.]
 45 [Un pédopsychiatre? En 2001, derniers chiffres disponibles, il y avait trois mois d'attente pour les cas non urgents à Montréal.] A Gaspé, sept mois.] 47
 [En fait, à moins qu'un jeune soit en état de psychose, ou alors

qu'il menace de se suicider ou de tuer quelqu'un, il y a très peu de chances qu'il soit vu rapidement par les services publics.] Parlez-en à Monique Lemieux.] 49
 [« Ce qui a sauvé Mathieu, c'est qu'il est né violent », résume-t-elle brutalement.] Son fils est schizophrène depuis l'âge de 12 ans.] Mathieu a fini par être cueilli par la police et a abouti en centre jeunesse parce qu'il menaçait physiquement sa mère.] Elle nous a demandé de taire son vrai nom.] 53
 54 [Oui, Mathieu a eu des services.] Mais 10 ans après sa première crise, son sort n'est pas très rose.] 55
 56 [Il vit seul dans une chambre. Souvent, il n'a rien à manger et vient mendier un repas chez sa mère.] Récemment, il a attaqué quelqu'un et a dû être hospitalisé, pour la énième fois.] [Mais au moins, il est vivant », dit M^{me} Lemieux, qui s'est battue pour Mathieu chaque jour, pendant toutes ces années.] 58
 59 [« La pédopsychiatrie est un château fort qui n'a pas beaucoup de pont-levis », résume le pédopsychiatre Luc Blanchet, de l'hôpi-

tal Jean-Talon. (60) [On prépare un rapport psychologique à l'école.] (61) [On fait faire une évaluation par un généraliste.] (62) [On mobilise les parents.] (63) [Et à l'issue de tout ça, on se fait dire : un an et demi d'attente.] (64) [Pendant ce temps, l'état du jeune se détériore], raconte Alain Noël, directeur de la poly-

(68) [Elle a bien failli y passer.] (69) [Valérie Bilodeau, elle, a bien failli être une victime de ce système déficient.] (70) [Cette grande jeune fille dynamique, qui a aujourd'hui 19 ans, a vécu un terrible épisode de psychose en deuxième secondaire.] (71) [« Je me sentais persécutée par

Valérie ne cesse de délirer. (76) [Elle est finalement vue par un pédopsychiatre. Qui la renvoie chez elle avec un rendez-vous pour le lendemain.] (77) [Durant la nuit, elle tente de se pendre avec une ceinture.] (78) [Si elle avait été un peu plus vieille et qu'elle avait su comment faire, elle ne se serait pas manquée],

Ils n'ont pas de médecin de famille. Ils se rendent donc au CLSC, où une travailleuse sociale minimise les comportements de leur fils. « C'est juste une mauvaise passe. » À l'école, on leur refuse un rendez-vous chez le psychologue scolaire, trop pris « par d'autres cas plus urgents ».

(64) valente Saint-Exupéry, à Saint-Léonard. (65) [qui a mis sur pied un programme innovateur pour dépister les dépressions chez les jeunes.] (66) [« Il faut humaniser nos services de santé mentale », renchérit Diane Aubin, psychologue à Dans la rue, l'organisme du désormais célèbre Pops.] (67) [M^{me} Aubin se bat tous les jours pour obtenir des consultations en psychiatrie pour ses jeunes.] (68)

(71) [les autres.] (72) [« J'étais persuadée qu'on jouait avec les aiguilles des horloges pour que j'arrive en retard à mes cours. »] (73) [Un jour, on remarque son comportement confus à l'école.] (74) [Sa mère l'emmène aux urgences, en prenant bien soin de l'asseoir à l'arrière du véhicule, les portes verrouillées avec le loquet-enfant. « Pour ne pas que je me jette en bas. »] (75) [A l'hôpital, elles attendent de longues heures, durant lesquelles

(76) [dit sa mère, Marie Bourque.] (77) [Après plusieurs examens, son mal est identifié : troubles bipolaires.] (78) [Elle passera plusieurs semaines à l'hôpital et descendra très, très bas.] (79) [« C'est pas évident d'attendre des heures à l'urgence avec un enfant qui parle tout seul », souligne Manon Teasdale-Gravel, dont la fille Stéphanie, elle aussi bipolaire, s'est retrouvée plusieurs fois à l'hôpital.] (80) [Elle raconte, les larmes aux yeux, un épisode sombre.] (81) [Elle se

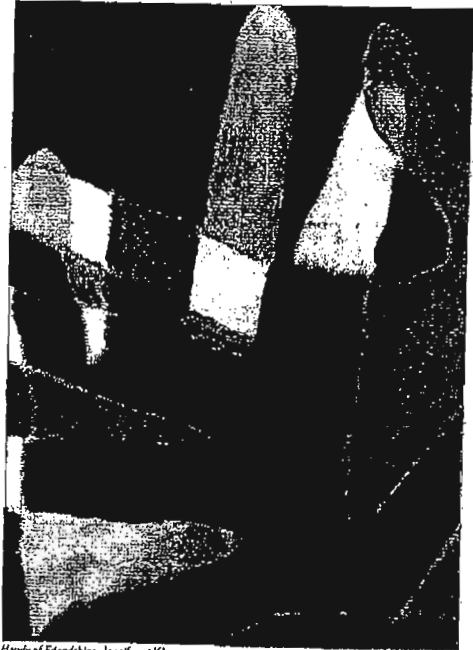
9

fait traiter de haut par un médecin condescendant. On va la prendre, votre fille, si vous avez besoin d'une petite fin de semaine de congé. »

« Souvent, les gens qui viennent nous voir sont passés par les urgences ou un généraliste et leur problème n'a pas été diagnostiqué. Et même si ça a été diagnostiqué, qu'est-ce qu'on a fait? On leur a donné des médicaments et un rendez-vous dans trois mois. Qu'est-ce qui va arriver? Ils vont retourner dans leur sous-sol jusqu'à la prochaine crise », s'insurge Ridha Jober, psychiatre, qui se spécialise dans le traitement des psychoses chez les jeunes.



The Little Miracle, anonyme



Hands of Friendship, Jovan Kwak et Klarys

> DEMAIN, LA FIN DE NOTRE DOSSIER : LES CENTRES JEUNESSE, NOUVEAUX HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES

9

SANTÉ MENTALE

Que faut-il faire pour aider les jeunes en détresse? Réagissez sur www.cyberpresse.ca

10

LES CENTRES JEUNESSE

LES NOUVEAUX HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES

Les hôpitaux acceptent de s'occuper de jeunes aux prises avec des problèmes de santé mentale. Mais pas tous, et pour quelques semaines tout au plus. Ils aboutissent ensuite dans les centres jeunesse, peut-être le pire endroit où envoyer un enfant souffrant de troubles psychiatriques. Et comme partout on manque de pédopsychiatres, les pilules prennent le relais, constate-t-on dans ce deuxième et dernier volet de notre dossier sur ce délicat problème.



KATIA GAGNON

Pour les éducateurs d'une unité située dans un centre sécuritaire de Montréal, la consigne était claire : la porte de la chambre de Sophie devait toujours, toujours rester ouverte. Cette porte ne se refermait que l'espace de quelques minutes par jour, pour laisser Sophie se vêtir. Car les éducateurs savaient qu'à la moindre défaillance de cette constante vigilance, Sophie tenterait de se suicider. Depuis que les hôpitaux ont désinstitutionnalisé les malades mentaux, au milieu des années 90, aucun établissement de santé n'accueille les jeunes souffrant de troubles mentaux pour plus de quelques semaines. Seuls 13

hôpitaux au Québec ont des lits de pédopsychiatrie. Durée de séjour moyen : 23 jours. Après, où vont ces jeunes ? S'ils sont suicidaires ou ont de gros troubles de comportement ils aboutissent inmanquablement dans les centres jeunesse. Et ces jeunes, bourrés de pilules, aux comportements parfois incontrôlables, posent de très, très gros problèmes. Il y a trois ans, une adolescente de 16 ans s'est suicidée alors qu'elle était hébergée au centre Dominique-Savio. trouble d'attachement majeur. La jeune faisait des crises épouvantables. Elle criait. Un cri très perçant. Pendant des heures et des heures. Elle pouvait se mordre se péter la tête sur les murs. Elle avait tellement de rage, on pouvait être cinq personnes sur elle pour la maîtriser. On ne savait plus quoi faire », explique Kathleen Hogan, directrice des services de réadaptation au centre jeunesse. Elle a été hospitalisée à Montréal à plusieurs reprises. Chaque fois, après quelques jours et des injections de puissants médicaments, elle a été renvoyée au centre. « Pour eux, on ne savait pas s'y prendre. Pour eux, c'était un cas de réadaptation, pas de psychiatrie », poursuit M^{me} Hogan. Le directeur de la protection de la jeunesse de Laurentides, Denis Baraby, estime qu'il n'a pas eu le choix. « On a dû se positionner pour dire : on ne la reprend plus », dit-il. L'hôpital refusant

Les tribunaux à la rescousse

Au centre jeunesse des Laurentides, on a dû, au cours de la dernière année, avoir recours aux tribunaux par trois fois pour obliger un hôpital psychiatrique à garder en ses murs des jeunes filles aux prises avec de très sérieux problèmes de santé mentale. L'un de ces cas était une jeune adolescente qui souffrait d'un

« Ces jeunes-là ne peuvent pas tolérer le stress. Et là, on les met dans une unité avec 11 ou 12 autres jeunes parfois très agressifs, impulsifs. »

SANTÉ MENTALE L'ACCUEIL DES CENTRES JEUNESSE

PAGES A6 ET A7

10

(28) ce diktat, une injonction a été demandée devant les tribunaux. Accordée. La jeune fille est finalement restée un an à l'hôpital psychiatrique. (29) Il a fallu se battre de façon incroyable et mettre en péril la réadaptation de 11 autres jeunes », observe M. Baraby. (30) Ça n'a pas de sens qu'un pseudo-réseau fonctionne de cette façon-là », ajoute M^{me} Hogan. (31)

Quelques heures à peine à l'hôpital

(32) Ce genre de situation se vit partout. Chantal Marquis, éducatrice au centre pour filles Rose-Virginie-Pelletier, à Montréal, a retrouvé, un soir, une jeune dans un bain de sang. Elle venait de s'ouvrir les veines. (33) À l'hôpital, après les soins d'urgence, elle attend huit heures avec la jeune fille. Finalement, elle est vue par un interne en psychiatrie. (34) « Il lui a demandé : as-tu encore envie de te tuer? Elle a répondu non. Je suis repartie avec elle. » La jeune n'a même pas passé une nuit à l'hôpital. (35) Elle se faisait recoudre et on me disait déjà, à l'hôpital, à quel point on était bons. Qu'on était capables », lance Chantal Marquis, manifestement amère. (36) Une autre jeune fille, au sortir de l'hôpital, a menacé l'éduca-

(39) trice qui l'accompagnait. « Je n'embarque pas dans ton char. Je vais me tuer. Je vais me jeter en bas », raconte Chantal Durocher, une autre éducatrice de Rose-Virginie-Pelletier. (40) L'hôpital n'a jamais voulu la garder. On a été obligés d'avoir un transport sécuritaire. Et on l'a ramenée au centre. On l'avait dans nos culottes. Mais on ne pouvait toujours bien pas l'attacher! » (41)

consultation rapide si les cas sont urgents. (42)

(43) « On ne prend jamais une menace de suicide à la légère. (44) Mais on ne déclenche pas tout un processus sur une simple déclaration. L'hôpital se dit que quand les jeunes sont en centre, ils sont dans un milieu sécuritaire », dit-elle. (45) Si on veut que le jeune récupère, il est parfois plus indiqué

(46) D'ailleurs, à Rose-Virginie-Pelletier, la consigne est claire : « On n'emmène personne aux urgences après 16 h à moins que la jeune soit en état de psychose ou d'hallucination. Sinon, on sait qu'on va se faire revirer de bord », résume M^{me} Marquis. (47) L'infirmière du centre, Nicole Boissé, est plus diplomate. Des ponts ont été jetés entre l'hôpital Sainte-Justine et Rose-Virginie-Pelletier, plaide-t-elle. (48) Une pédopsychiatre est même venue sur place à quelques reprises, un geste impensable il y a quelques années. Un protocole de collaboration a été établi, qui prévoit la

de le renvoyer au centre, parmi les gens qu'il connaît, plaident les autorités des centres jeunesse. (49) « Souvent, on se dit, il va être bien plus en sécurité à l'hôpital. (50) Mais d'un point de vue clinique, il est peut-être beaucoup plus adéquat qu'il se retrouve chez nous », croit Anne Duret, responsable du dossier santé mentale au centre jeunesse de Montréal. (51)

Le pire endroit

(52) Pourtant, la pédopsychiatre Marie Plante estime que les centres jeunesse sont probablement les pires endroits où héberger un jeune affecté d'un trouble

psychiatrique. (57) « Ces jeunes-là ne peuvent pas tolérer le stress. Et là, on les met dans une unité avec 11 ou 12 autres jeunes parfois très agressifs, impulsifs », déplore-t-elle. (58)
 (59) [Seuls quelques-uns des centres jeunesse sont spécifiquement consacrés aux problèmes de santé mentale. (60) A Montréal, on y retrouve une cinquantaine de jeunes. (61) Ailleurs, les jeunes sont

hébergés avec la (61) clientèle générale. Délinquants, troubles de comportement, alouette. (62) Chantal Durocher, une intervenante de grande expérience, a souvent vu des jeunes filles atteintes de problèmes de santé mentale être victimes d'ostracisme dans une unité. (63)
 (64) [« Ce sont des jeunes qui ont parfois des propos un peu déphasés. Disons que dans un groupe, elles détonnent. Quand on a deux ou trois bonnes délinquantes dans un groupe... » dit-elle. (65)
 (66) Lors de son séjour en centre jeunesse, Mathieu, schizophrène, refusait que quiconque le tou-

che. (67) Quand les autres se sont aperçus de ça, ils se sont mis à le toucher, par jeu. (68) Il réagissait très fortement », raconte sa mère, Monique Lemieux. (69)
 (70) [En plus, ces jeunes sont souvent incapables de suivre la routine de fer imposée aux jeunes hébergés en centre. (71) Pilules obligent, ils ont parfois beaucoup de mal à se lever le matin, à assister aux cours ou à œuvrer dans les ateliers de travail. (72) Et les intervenants sont mal équipés pour faire face à ces cas lourds. (73) La santé mentale, ça fait plus peur qu'une grosse crise de délinquance. (74) On s'habitue à l'agressivité. Mais la folie, on a moins de moyens pour faire face à ça. On apprend sur le tas », souligne M^{me} Durocher. (75)
 (76) [Les intervenants gèrent donc, désormais, d'imposantes pharmacies. (77) Certaines filles hébergées à Rose-Virginie-Pelletier prennent jusqu'à 12 pilules par jour. Six sortes de médicaments, trois prises par jour, des petites pilules de toutes les couleurs soigneusement rangées dans des dosettes, sous clé. (78) Une image qui démontre, hors de tout doute, que les centres jeunesse sont devenus les nouveaux hôpitaux psychiatriques pour jeunes. (79)

Le refus de traitement

KATIA GAGNON

(1) [À partir de 14 ans, un jeune a le droit de refuser un traitement médical. (2) Qu'il ait des problèmes de santé mentale ne change rien à cela. (3) Monique Lemieux a fait venir les policiers pour qu'ils emmènent son fils Mathieu, qui refusait tout traitement, à l'hôpital. (4) Quand ils ont vu le jeune homme, couché dans sa chambre, dans le noir, les yeux ouverts, les policiers ont d'abord refusé. « Il ne pose aucun danger. » (5) Il a fallu l'intervention de la Direction de la protection de la

jeunesse pour que Mathieu se retrouve à l'hôpital. (6) Là-bas, les médecins ont dû le menacer de lui injecter de force des antipsychotiques pour qu'il accepte d'être médicamenté. (7)
 (8) [Depuis 10 ans qu'il est atteint, Mathieu n'a pris ses médicaments que sous la contrainte des tribunaux. (9) Chaque fois, sa mère a dû demander à un juge de rendre une ordonnance de traitement, un processus juridique lourd et dispendieux. (10) C'est pourtant le seul chemin que peuvent emprunter les familles dont le jeune refuse de se faire traiter. (11)

Le manque de pédopsychiatres

KATIA GAGNON

Peu de psychiatres acceptent de se spécialiser dans le traitement des enfants. Comme le développement physique et psychologique n'est pas complété, les diagnostics sont plus difficiles à faire et les traitements, plus hasardeux. Résultat : on manque cruellement de pédopsychiatres.

« Le système nous pousse à faire de la psychiatrie de pilule. »

Le réseau de santé québécois compte sur les services de l'équivalent de 143 pédopsychiatres à temps complet. C'est un médecin pour 11 000 jeunes. En région éloignée, le portrait est évidemment plus sombre : un psychiatre pour 20 000 jeunes. C'est cinq fois plus

que ne le stipulent les normes internationales.

Les listes d'attente sont donc imposantes. En 2001, à Montréal, il fallait attendre en moyenne trois mois pour voir un psychiatre. À Gaspé, sept mois.

Mais le portrait a changé depuis cinq ans, fait valoir le sous-ministre responsable du dossier au ministère de la Santé, le psychiatre André Delorme. En 2001, 5000 jeunes attendaient depuis plus de deux mois sur les listes d'attente à l'échelle du Québec. Cinq ans plus tard, les listes d'attente ont diminué : 2000 jeunes sont en attente depuis plus de deux mois.

Néanmoins, les psychiatres demeurent critiques. « Le système nous pousse à faire de la psychiatrie de pilule », explique la pédopsychiatre Marie Plante, de Québec. Plusieurs jeunes ne voient leur psychiatre que deux fois par année.

La sectorisation

KATIA GAGNON

Aucun jeune souffrant de problèmes de santé mentale n'est refusé aux urgences d'un hôpital. Mais ensuite, contrairement à ce qui se passe avec les affections de nature physique, c'est généralement votre code postal qui déterminera l'établissement où vous serez traité.] ②

[Jean-Rémy Provost, de l'organisme Revivre, a récemment vu un enfant qui souffrait de trouble d'attachement dont le cas a été l'objet d'une intense partie de ping-pong entre un hôpital de la Rive-Sud et l'hôpital Sainte-Justine.] Entre-temps, le jeune n'avait pas de soins.] En santé physique, ce serait inimaginable », dit M. Provost.] ⑤

[Officiellement, la sectorisation n'existe plus depuis que le ministre de la Santé, Philippe Couillard, a édicté une directive en ce sens en 2003.] Mais officieusement, les services de psychiatrie des hôpitaux sont si débordés qu'ils donnent la priorité à la clientèle locale.] ⑦

⑫

DÉPRESSION | SONDAGE

Un sur six

13

WASHINGTON | (PC) Un nouveau sondage traitant de la dépression dans la population active indique qu'un Nord-Américain sur six souffre de cette maladie. ①

Quatorze pour cent des Canadiens et 20 pour cent des Américains interrogés par la firme Ipsos Reid ont déclaré avoir reçu d'un médecin un diagnostic de dépression. ②

En tout, 22 pour cent des Canadiens et 21 pour cent des Américains pensent souffrir de dépression, sans avoir reçu de diagnostic précis. ③

④ Une grande partie des répondants — 84 pour cent — croient que d'aider les employés aux prises avec cette maladie devrait être une priorité pour les entreprises. Les femmes souffrent de dépression dans une plus forte proportion que les hommes. ⑤ Et la maladie est plus courante chez les gens ayant des revenus moins élevés ou un niveau de scolarité plus bas. ⑥



Britney n'est pas bien

Elle a deux enfants de moins de 2 ans. Elle vient de se séparer de son mari. Elle se cherche désespérément. Et elle m'inquiète sérieusement.

Il s'agit, évidemment, de la chanteuse Britney Spears, qui est en train de s'effondrer psychologiquement sous nos yeux, en direct à la télé et sur Internet.

Ainsi, depuis octobre - soit un mois après la naissance de son second enfant - on l'a vue demander le divorce par message-texte, bambocher toute la nuit durant, se promener en public sans sous-vêtements, se raser la tête devant les paparazzis...

Troublant?

Les photos la montrant au salon de coiffure, avec le rasoir, étaient à peu près aussi rassurantes - même s'il ne s'agit pas nécessairement du même problème de santé mentale - que celles du personnage de Robert De Niro dans *Taxi Driver*, quand il passe lui aussi à la tondeuse.

À l'heure où vous lirez ceci, je ne sais même plus si elle sera encore en cure fermée, comme elle l'était vendredi.

Selon le président de l'Association des médecins psychiatres du Québec, le Dr Brian Bexton, Britney a, de toute évidence, de gros problèmes.

De quels types? Difficile à dire à distance, mais il lance des hypothèses.

Dépression post-partum non soignée?

Elle a accouché à l'automne, et c'est une maladie relativement fréquente puisque jusqu'à 15 % des mères en souffrent.

Sortir à tout bout de champ peut sembler une façon d'oublier les symptômes, mais ça ne règle rien.

Bipolarité? Peut-être aussi. Les gens atteints de cette maladie passent à travers des phases très high et très down.

Et quand ils sont hauts, ou en manie, ils perdent parfois certains repères, comme ceux qui nous disent de mettre des petites culottes pour sortir, surtout quand on est épié par des paparazzis...

Mais peut-être est-ce la drogue ou l'alcool qui lui font oublier les balises de la bienséance.

Troubles anxieux? Imaginez la pression à laquelle est soumise cette vedette harcelée par les paparazzis depuis son adolescence. Imaginez les attentes que l'on a à son endroit et qu'elle a pour elle-même. Et vous admettez qu'il est fort plausible que la jeune femme ait de la difficulté à être zen.

Problème de compulsions? Deux bébés en un an, drogue, alcool.

Marc Doucet, psychologue, se demande même si ses coups d'éclat ne sont pas des symptômes d'une recherche d'attention compulsive.

Quoi qu'il en soit, dit le Dr Bexton, les problèmes de Britney ne sont pas uniques, ils sont vécus par bien des gens et ils se soignent.

Suffit d'aller chercher de l'aide. Et d'accepter celle qu'on nous offre.

Pour trouver de l'aide au sujet des maladies mentales, appelez 514-REVIVRE

COURRIEL

Pour joindre notre journaliste: mlortie@lapresse.ca

14

(15)

DU CARDIO POUR RÉDUIRE LES SYMPTÔMES DE LA DÉPRESSION

[Ces dernières années, plusieurs études ont mis en lumière le fait que l'exercice de type
aérobie pouvait aider les personnes dépressives et même remplacer, dans certains cas, la prise
d'antidépresseurs. Dans toutes ces études, la durée de l'entraînement était de l'ordre de trois à six mois]^①^②

[Or, voilà que des chercheurs allemands viennent de publier une étude qui démontre pour la première
fois qu'un programme d'entraînement en endurance aérobie de très courte durée (10 jours) suffit
pour améliorer la santé mentale de personnes affectées par une dépression majeure. L'étude a été
menée auprès de 38 personnes atteintes de dépression majeure. Les auteurs de l'étude ont formé
deux groupes: un premier groupe de 20 personnes se sont entraînées pendant 10 jours en utilisant
la marche rapide. Un autre groupe de 18 personnes, appelé groupe placebo, a fait de l'étirement et
de la relaxation pendant 10 jours également. En utilisant des indices validés
de mesure du niveau de dépression (indice Bech-Rafaelsen Melancholy Scale
ou BRMS et indice du Center for Epidemiologic Studies), les chercheurs ont
constaté que c'était dans le groupe exercice aérobie que les symptômes
associés à la dépression majeure avaient le plus diminué. Alors Prozac ou
marche rapide?]^③^④^⑤^⑥^⑦

— Richard Chevalier, collaboration spéciale

[La psychiatrie ⁽¹⁶⁾ à l'âge préscolaire] ^(L)

MATHIEU PERREAULT

⁽²⁾ Le pharmacien s'était inquiété des nombreux renouvellements d'ordonnances. ⁽³⁾ La pédopsychiatre avait menacé la mère d'une dénonciation à la DPJ parce qu'elle dépassait les doses de médicaments. Mais cela n'a pas suffi. ⁽³⁾

⁽⁴⁾ Le matin du 13 décembre dernier, la police de Hull, près de Boston, a trouvé Rebecca Riley sans vie, sur le plancher de la chambre à coucher de ses parents, après un appel au 911. ⁽⁵⁾ Un toutou brun était à côté d'elle, et elle portait une couche rose. Elle avait 4 ans. ⁽⁵⁾

⁽⁶⁾ La petite Rebecca avait reçu à 2 ans un diagnostic de dépression bipolaire. ⁽⁷⁾ Elle prenait chaque jour trois médicaments psychiatriques différents, du clonidine, du depakote et du seroquel. ⁽⁷⁾

⁽⁸⁾ Ses parents lui disaient qu'il s'agissait de « pilules pour être content » (*happy pills*). Ils forçaient cependant la dose, et sont ⁽⁹⁾ présentement accusés d'avoir empoisonné leur fille. ⁽¹⁰⁾ Leur avocat affirme que la faute repose sur la pédopsychiatre qui a prescrit les médicaments. ⁽¹⁰⁾

⁽¹¹⁾ La tragédie a braqué les projecteurs sur une nouvelle tendance de la pédopsychiatrie : la médication d'enfants d'âge préscolaire. ⁽¹²⁾ Depuis quelques années, beaucoup d'études ont été publiées sur les symptômes que revêtent à 3 ou 4 ans des maladies d'adultes comme l'anxiété

ou la dépression. ⁽¹³⁾ Certains psychiatres affirment qu'une petite proportion des enfants, un sur 100 000 environ, ont réellement besoin de médicaments psychiatriques avant même d'entrer à la maternelle. ⁽¹³⁾

Des enfants qui ne dorment pas

⁽¹⁴⁾ « Les gens qui sont horrifiés par l'idée qu'on prescrive des médicaments psychiatriques à de très jeunes enfants ne voient pas ceux qui fréquentent ma clinique », affirme John Walkup, pédopsychiatre à l'Université John Hopkins, qui a beaucoup écrit sur le sujet. ⁽¹⁵⁾ « Très certainement, les symptômes ne sont pas les mêmes que chez les adultes, notamment à cause du développement encore imparfait du langage. Mais il y a un moyen d'utiliser d'autres indices. ⁽¹⁶⁾ Par exemple, la dépression bipolaire s'accompagne généralement d'une réduction importante du temps passé à dormir. ⁽¹⁷⁾ J'ai déjà vu des enfants de quatre ou cinq ans qui dormaient trois ou quatre heures par nuit, et qui ne semblaient pas particulièrement fatigué durant la journée, à cause de la dépression bipolaire. » ⁽¹⁷⁾

⁽¹⁸⁾ Ces cas sont rares, un sur 100 000 ou même un sur un million, selon le Dr Walkup. ⁽¹⁸⁾

le pédopsychiatre américain n'en démord pas : il ne faut rien exclure. ⁽¹⁹⁾

⁽²⁰⁾ « Je n'aime pas les démarcations trop rigides. Quand j'ai fait mes études, il fallait avoir 18 ans pour recevoir un diagnostic de dépression bipolaire. ⁽²¹⁾ Des adolescents de 16 ans qui en souffraient recevaient un autre diagnostic et un autre traitement, pour leur plus grand malheur. ⁽²²⁾ Il est certain que certains médecins de famille ont trop facilement recours à des médicaments, par manque de temps, et parce que les parents refusent d'admettre que les problèmes de leurs enfants sont liés à des stresseurs familiaux. ⁽²³⁾ Mais il y a aussi des enfants qui ne sont pas traités à cause de l'hostilité que suscitent les médicaments psychiatriques. ⁽²⁴⁾ Je pense que l'opprobre jetée par les médias sur les antidépresseurs à l'adolescence a probablement causé plusieurs suicides, parce que des adolescents déprimés n'ont pas été correctement traités. » ⁽²⁴⁾

« Il y a peu d'informations sur l'efficacité des pharmacothérapies en bas âge, explique le Dr Luby. La prudence s'impose, mais dans certains cas, des médicaments sont nécessaires, avec une surveillance étroite. »

16

25 [Une pédopsychiatre de l'Université Washington à Saint-Louis, Joan Luby, qui a publié plusieurs études sur la dépression en âge préscolaire, estime elle aussi que la médication ne doit pas être écartée. 26 Il y a peu d'informations sur l'efficacité des pharmacothérapies en bas âge, explique le D^r Luby. 27 La prudence s'impose, mais dans certains cas, des médicaments sont nécessaires, avec une surveillance étroite. »] 28

Mode

29 [L'un des problèmes de la pédopsychiatrie est l'influence des modes. 30 La dépression bipolaire est devenue un diagnostic fourre-tout », déplore Éric Fombonne, directeur de la psychiatrie à l'Hôpital de Montréal pour enfants et professeur à l'Université McGill. 31 C'est l'équivalent de la psychose infantile à une autre époque. 32 Cela ne veut pas dire que la dépression bipolaire n'existe pas chez les enfants. 33 J'en ai vu. Mais très souvent, le diagnostic est fait trop rapidement. 34 Parler de bipolaire à 2 ou 3 ans,

33 ça me paraît absurde. 34 C'est la même chose avec l'Asperger, une forme d'autisme. 35 Dès que l'enfant est un peu isolé et qu'il fait des choses bizarres, on parle d'Asperger, alors qu'il s'agit plutôt de trouble de personnalité ou de développement social. »] 36

Médicaments meilleurs qu'avant

37 [Le D^r Fombonne estime que les prescriptions de médicaments psychiatriques pour les enfants, notamment les neuroleptiques atypiques et les antidépresseurs utilisés pour traiter l'anxiété, ont augmenté trop rapidement. 38 « Le problème, paradoxalement, c'est que les médicaments sont meilleurs maintenant. 39 Ils ont moins d'effets secondaires. 40 Les médecins hésitent moins à s'en servir. 41 Il faut dire qu'il manque terriblement de pédopsychiatres et que les médecins de famille ont de moins en moins de temps pour les consultations. 42 On retire son regard des problèmes psychosociaux pour se concentrer sur la médication. 43 De plus, plusieurs parents préfèrent que leur enfant ait des médicaments, parce que ça les dédouane. »] 44

45 [Cette déresponsabilisation des parents inquiète Cécile Rousseau, professeure de psychiatrie à l'Université McGill.] 46

47 [« On est passé d'un extrême à l'autre, d'un temps où tout était de la faute des parents, à une tendance à ignorer l'environnement familial, social et scolaire, dit le D^r Rousseau. 48 On se dit que certains enfants sont plus vulnérables que d'autres aux stressseurs de la vie, et qu'il faut donner des médicaments pour pallier ces vulnérabilités. 49 Mais dans mon expérience, quand un enfant en bas âge est triste, le terme utilisé pour désigner la dépression à cet âge, il y a toujours des problèmes familiaux. 50 Ce n'est pas nécessairement de la faute des parents : il peut y avoir des problèmes logistiques, professionnels, l'un des parents est peut-être gravement malade. 51 Mais il n'en reste pas moins que le problème de l'enfant est causé par des circonstances familiales. »] 52

53 [Le D^r Rousseau note que les choix offerts aux enfants peuvent avoir des effets pervers. 54 Avant, il fallait que les enfants se conforment aux attentes des parents. 55 Maintenant, ils peuvent faire ce qu'ils veulent, en autant qu'ils soient heureux. 56 C'est une responsabilité difficile à porter. 57 Il est difficile de s'opposer à ce désir. 58 Or, les enfants ont besoin de s'opposer aux parents pour bâtir leur identité. »] 59

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

BULLETIN DE SANTÉ

17

LE CHIFFRE DE LA SEMAINE

38% C'est la proportion des bébés filles de moins de 2,5 kg qui feront une dépression à l'adolescence, selon une nouvelle étude de l'Université Duke, en Caroline du Nord. Les bébés de poids normal, eux, ont moins de 6% de risque. Une partie du risque est dû au fait que les bébés de petits poids sont plus souvent nés de mères pauvres ou qui fument. Mais cela n'explique pas tout, selon les épidémiologistes, qui avancent que le faible poids à la naissance a des conséquences neurologiques.

LES MÉDICAMENTS ANTI TOUX SOUS LA LOUPE

Les autorités médicales américaines (FDA) ont annoncé une révision complète de l'innocuité et de l'efficacité des médicaments pédiatriques contre la toux et le rhume. Les effets sur les enfants de moins de 2 ans seront particulièrement examinés, parce qu'une récente étude de l'agence américaine de santé publique (CDC) a montré que 1500 enfants de moins de 2 ans ont connu des problèmes de santé graves à cause de ces médicaments en 2004 et 2005 (trois de ces enfants sont même morts). Les molécules visées, qui ont été approuvées avant les années 80 et ont donc été évaluées moins sévèrement, incluent le dextrométhorphan, le guaifénésine et le phényléphrine. Le risque de surdose accidentelle, par des parents qui ne respectent pas la posologie, fera l'objet d'une attention particulière.

GOÛT ET DÉPRESSION

La dépression altère le goût, ce qui permet d'envisager de nouveaux tests diagnostiques. Des psychiatres britanniques ont découvert que les déprimés goûtent mieux le sucré et l'amer que la moyenne des gens. Ce changement serait dû à la quantité plus élevée de sérotonine dans le cerveau des déprimés.

TEXTES: MATHIEU PERREault

SOURCES: Eurekalert, The New Scientist, The New York Times, Science et Vie

[IRAC (1) (18)
Le quart des soldats
américains ont des troubles
mentaux à leur retour]

[Un soldat américain sur quatre déployé en Irak (2) et en Afghanistan et pris en charge par le système de soins gouvernemental américain à son retour a des troubles mentaux, dévoile une étude publiée aujourd'hui aux États-Unis. (3) Si l'on inclut les troubles psychologiques entraînant par exemple des violences domestiques, la proportion des anciens combattants souffrant de troubles mentaux s'élève à 31 %. (4) Cette étude, publiée dans *Archives of Internal Medicine*, établit que plus de la moitié (56 %) des soldats ainsi diagnostiqués ont plus d'une maladie mentale. (5) L'étude a établi que les militaires à risque étaient ceux âgés de 18 à 24 ans. (6) Les troubles post-traumatiques sont ceux qui ont été le plus communément diagnostiqués, chez 13 % des soldats, (7) suivis par l'anxiété (6 %), (8) la dépression et l'abus de stupéfiants (5 %). (9) La recherche a été menée par des chercheurs de l'Université de Californie auprès de 103 788 soldats.]
Agence France-Presse

[Aux premières loges de la folie]

André Cellard et Marie-Claude Thifault donnent la parole aux aliénés de Saint-Jean-de-Dieu]

[Au sous-sol de l'hôpital Louis-H. LaFontaine reposent les dossiers de toutes les personnes qui ont été traitées pour une maladie mentale depuis la fin du XIX^e siècle, alors que l'établissement s'appelait encore Saint-Jean-de-Dieu. Des pages et des pages de vies brisées qui ont donné toute son âme à *Une toupie sur la tête*. Visages de la folie à Saint-Jean-de-Dieu] un ouvrage iconoclaste et sensible qui donne la parole aux premiers aliénés de l'asile décrié.]

LOUISE-MAUDE RIOUX SOUCY

Pendant deux ans et demi, André Cellard et Marie-Claude Thifault se sont assis à la même petite table de bois. Coincés entre un radiateur et 80 000 dossiers qui donnaient à la pièce des allures de «catacombes de la folie», ils ont répété le même rituel, épluchant un à un les quelque 10 000 dossiers mis à leur disposition depuis 1873 jusqu'à 1925. Évariste, Bernadette, Joseph-Napoléon, Marie-Louise... des noms ont commencé à défiler sous la lumière blafarde des néons jusqu'à ce que des visages de la folie émergent par la magie des correspondances.]

[Au premier chef s'est imposé le délire polymorphe de Thomas, interné en 1902 après avoir troublé l'ordre public en voulant accomplir sa mission extraordinaire: prier au monde qu'il était en fait nul autre que Napoléon II. Depuis trois mois et demi, j'ai une toupie sur la tête », lance-t-il au Dr Devlin, qui le prend en charge à Saint-Jean-de-Dieu. La phrase, qui exprime parfaitement les affres d'une personne qui sent sa raison lui échapper, donnera son titre à cet ouvrage écrit à deux mains au prix d'un travail de moine.]

[Au final, les chercheurs n'auront toutefois retenu que 300 dossiers jugés assez significatifs pour étayer leur thèse.]

« On aurait voulu en garder plus, mais la majorité était d'un laconisme épouvantable », raconte André Cellard. En fait, il appert que les dossiers de moins de trois pages étaient monnaie courante même quand il s'agissait de résumer des vies marquées par plusieurs décennies de réclusion. Heureusement, d'autres patients ont eu la chance de faire l'objet d'un suivi plus serré, leurs familles demandant régulièrement des comptes aux autorités.]

[Leurs correspondances ont permis aux chercheurs de lever le voile sur un quotidien atypique, marqué par l'isolement et la perte de repères. Toute la magie d'*Une toupie sur la tête* réside d'ailleurs entre les lignes de ces missives, souvent maladroites, certes, mais toujours profondément sincères. Le fait que Boréal ait choisi de les publier intégralement, avec leurs défauts de langue, n'est certainement pas étranger au sentiment d'authenticité qui s'en dégage.]

[Interlocuteur privilégié, le médecin traitant s'y révèle tout à fait indispensable. C'est en effet principalement autour de cet homme que graviteront les espoirs, mais aussi les déceptions et les rancœurs des aliénés et de leurs proches pendant la période étudiée par les deux chercheurs. Par sa plume, il agira comme un phare dans un univers où le roulement de personnel est incessant, commentant année après année les cas qui lui sont soumis.]

Un idéal

[L'analyse de ces lettres a permis aux chercheurs de tisser la trame d'une histoire qui se révèle bien différente de celle qu'a bien voulu retenir l'Histoire. De Saint-Jean-de-Dieu, la plupart des gens gardent le souvenir d'une mégacité de la folie où l'on entassait pêle-mêle les marginaux, les déments, les mélancoliques et les idiots, mais aussi des gens sains d'esprit internés de force par des proches malveillants. Mais avant de devenir ce que les ténors de la révolution psychiatrique allaient qualifier de «renfermoir, de dépotoir ou de mouvoir», Saint-Jean-de-Dieu a aussi été un idéal, rappelle Marie-Claude Thifault.]

« À l'époque, les gens ont cru en la structure asilaire, ils se sont investis complètement dans ce projet avec la certitude qu'ils allaient guérir les malades », raconte la professeure



19

d'histoire à l'Université de Hearst. En 1873, l'hospice Saint-Jean-de-Dieu est créé dans un milieu naturel réputé pour favoriser la restauration du «moral» de la personne souffrant de folie. Rapidement l'hospice se transforme en une cité asilaire et prend le statut d'une municipalité. Avec son auditorium, sa brigade d'incendie et ses centres de loisirs, l'asile prend des proportions telles qu'il faudra même une locomotive, le *Saint-Raphaël*, pour relier les différents pavillons.

«Cette croissance rapide ne se fera pas sans conséquences. Une dizaine d'années seulement après l'érection du nouveau Saint-Jean-de-Dieu, en 1901, l'établissement commence à tomber en lambeaux. Les salles sont encombrées et l'idéal asilaire pâlit», raconte André Cellard.

En 1910, le Dr Villeneuve sonne une première fois l'alarme dans une lettre adressée à sir Lomer Gouin, premier ministre et procureur général de la province, à qui il demande la nomination urgente d'un médecin additionnel.

Aux commandes de la cité, les sœurs de la Providence verront les ressources financières de l'asile fondre comme peau de chagrin. L'approche thérapeutique était déficiente. On avait imaginé ce système dans l'espoir de guérir la folie, mais ça ne marchait pas et ça continuait à grossir», raconte le professeur de criminologie à l'Université d'Ottawa.

Pourtant, l'espoir de lendemains qui chantent reste palpable. Les archives montrent en effet un univers bien différent des histoires d'horreur qui continuent aujourd'hui de circuler à propos de Saint-Jean-de-Dieu. Les méthodes décriées si fortement par le public — qu'on pense seulement à la lobotomie, à l'hystérectomie ou à l'utilisation de salles de bains froides — sont carrément absentes, ces mesures étant venues plus tardivement. Même les mesures de contention sont abordées avec pudeur, les auteurs ayant choisi de mettre l'accent sur les mots des aliénés, qui se gardent bien d'inquiéter leurs proches avec ce genre d'information.

Un refuge

Reconnu comme l'un des critiques les plus acerbes de l'institution asilaire, André Cellard admet que ses convictions ont

VOIR PAGE F 2: FOLIE

FOLIE

Ceux qui sont sortis sont-ils plus heureux aujourd'hui ?

SUITE DE LA PAGE F 1

été ébranlées à la lecture de ces témoignages tout en nuances.

« Dans mon Histoire de la folie au Québec, je présentais l'asile comme un symbole de l'intolérance des sociétés face au comportement anormal. Mais dans un Québec aussi conformiste que le Québec du début du siècle dernier, j'en suis venu à me demander si Saint-Jean-de-Dieu n'était pas le seul lieu où les personnes anormales pouvaient vivre sans être considérées comme des pestiférés. »

« À l'époque, la normalité n'avait souvent qu'un visage. Tout ce qui s'en écartait était perçu comme une menace. »

« Même l'originalité, si recherchée de nos jours, était considérée comme un défaut inavouable. Depuis, la société a beaucoup assoupli ses règles, remarque le criminologue qui cite l'exemple de l'homosexualité et de la tentative de suicide, deux comportements qui menaient tout droit à l'asile au début du siècle dernier. C'est dans le regard de l'autre qu'on est fou. À cet égard, l'homosexualité est un exemple absolument extraordinaire parce que, tout d'un coup, des gens qui étaient traités comme des malades mentaux ont été complètement normalisés. »

« Alors que la proportion de

personnes internées s'avère aujourd'hui dix fois moindre qu'il y a 50 ans, les deux chercheurs ne peuvent que s'interroger sur les choix d'un milieu psychiatrique qu'ils connaissent pourtant bien pour y avoir travaillé eux-mêmes. »

« Dans les années 60, on a dit que ça n'avait plus de bon sens à Saint-Jean-de-Dieu et c'était vrai! On manquait de tout. Mais ceux qui sont sortis sont-ils plus heureux aujourd'hui? On retrouve de plus en plus d'hommes et de femmes dans les rues, ils sont dans leur délire et ils me paraissent parfois encore plus isolés que s'ils étaient internés. »

« À l'autre bout du fil, André Cellard reprend sans le savoir les propos de sa complice. « Il y a des itinérants qui meurent aujourd'hui sur les bancs de parc. Oui, les gens qui étaient en institution étaient aliénés, mais depuis la désinstitutionnalisation, quand on croise un fou dans la rue, on fait souvent comme s'il n'existait pas, et je me demande si ce genre d'aliénation n'est pas pire encore que celle qui existait alors à l'asile. »

« En lisant *Une toupie sur la tête*, le lecteur a lui aussi le sentiment de retrouver le sens premier du mot « asile », alourdi par des années de perceptions négatives,

souvent méritées certes, mais pas toujours. Il suffit de penser à l'Olivine du D^r Jacques Ferron pour s'en convaincre. À propos de cette patiente, le D^r Ferron écrivait en 1970 que « son internement à Saint-Jean-de-Dieu, excellent pour elle, montre qu'en dessous de l'hôpital psychiatrique, il y a, en largeur et en profondeur, un hospice, ou, si l'on veut, un asile dans le bon sens du mot. »

« Pourtant, de cette Olivine « blagueuse et enjouée », on ne retrouve qu'une « patiente imbécile aux connaissances très pauvres » dans le dossier conservé à Louis-H. LaFontaine. Heureusement, André Cellard et Marie-Claude Thifault ont su lire entre les lignes et redonner à cette patiente, comme à des dizaines d'autres patients tout aussi attachants, sa liberté de parole. Juste pour cela, *Une toupie sur la tête* vaut pleinement qu'on s'y attarde. »

Le Devoir

UNE TOUPIE SUR LA TÊTE

VISAGES DE LA FOLIE
À SAINT-JEAN-DE-DIEU
André Cellard
et Marie-Claude Thifault
Boréal
Montréal, 2007, 325 pages

19

20

SANTÉ MENTALE

Vers une stratégie nationale

PASCALE BRETON

Michael Kirby, qui avait présidé les travaux de la commission Kirby sur l'avenir des soins de santé, est nommé président de la nouvelle Commission canadienne de la santé mentale. ①

② Cette commission voit le jour dans la foulée du budget fédéral. ⑤ a annoncé hier le ministre des Finances, James Flaherty. ⑤ Son mandat sera de mettre en place une stratégie nationale en santé mentale. ③

La commission bénéficiera d'un budget de 10 millions pour les deux prochaines années. Elle touchera par la suite 15 millions annuellement. ④

Un Canadien sur cinq est touché

⑤ Dépression, maniaco-dépression, psychose : un Canadien sur cinq sera touché par un problème de santé mentale au cours de sa vie. ⑤ Un problème qui affecte tant le réseau de la santé que le marché du travail. ⑥

En mai 2006, le Comité sénatorial

⑦ permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a déposé à Ottawa un rapport dans lequel il traitait des maladies mentales, de la santé mentale et de la toxicomanie. ⑦

La commission mise sur pied par le gouvernement de Stephen Harper travaillera à partir des principales recommandations de ce rapport afin de trouver des solutions au problème et d'élaborer une véritable stratégie nationale. ⑧

ADOLESCENCE

①

[Lien démontré
entre la famille
et la dépression]

PC [Le contexte familial joue un rôle de première importance dans le développement de la dépression chez les enfants et les adolescents. C'est le constat auquel arrive la D^{re} Lise Bergeron, psychologue et chercheure à l'Hôpital Rivière-des-Prairies et à l'Université de Montréal.] ②

[Une vaste enquête menée par la docteur Bergeron a permis d'identifier plusieurs caractéristiques psychosociales qui augmentent la vulnérabilité des jeunes à la dépression.] ③

L'argent ne fait pas le bonheur

21

[La chercheure constate notamment que les enfants de 6 à 11 ans qui vivent dans des familles mieux nanties ne sont pas à l'abri de la dépression. Ce résultat peut être expliqué notamment par un niveau très élevé d'attentes.] ④

[Par ailleurs, cette étude permet d'observer que les enfants dont les parents ont vécu des épisodes de dépression majeure au cours de leur vie sont plus susceptibles de présenter eux-mêmes des problèmes dépressifs.] ⑤

[Elle met aussi en lumière le rôle majeur de la relation parent-enfant qui, jusqu'à présent, avait été peu étudiée en lien avec la dépression des enfants et des adolescents.] ⑥
[Il s'avère que les enfants dont les parents sont moins enclins à poser des gestes visant à leur démontrer leur soutien sont plus à risque de développer une dépression.] ⑦

[Les résultats de cette étude viennent tout juste d'être publiés dans le prestigieux *Journal of Abnormal Child Psychology*.] ⑧

[Cette recherche a été menée auprès de 2400 enfants du Québec âgés de 6 à 14 ans.] ⑨

[Cette enquête est la plus importante du genre jamais menée au Québec à l'égard des troubles mentaux des enfants et des adolescents.] ⑩

Quatre victimes en un an

JEAN-MICHEL NAHAS

Le Journal de Montréal

① En moins d'un an, au moins quatre personnes ont été tuées par un membre de leur famille aux prises avec des problèmes psychologiques. ②

③ En mai dernier, un homme qui souffrait de schizophrénie a poignardé son cousin qui voulait l'aider à prendre ses médicaments pour sa maladie. ④

⑤ Igor Paskal, 25 ans, a asséné une vingtaine de coups de couteau à son cousin qui a succombé à ses blessures. ⑥ A son procès, l'accusé a plaidé l'aliénation mentale. ⑦

⑧ En février, un autre homme qui souffrirait de problèmes mentaux a poignardé sa mère dans leur appartement de Brossard. ⑨

⑩ Pascal Proteau, 30 ans, subit présentement son procès pour ce crime. ⑪

Pas alarmant

⑫ Même si les matricides et les parricides sont souvent commis par des individus souffrant de schizophrénie, la situation n'est pas alarmante, selon le Regroupement des ressources en santé mentale du Québec. ⑬

⑭ « Les schizophrènes sont souvent violents avec eux-mêmes, mais c'est rare qu'ils s'en prennent aux autres », dit le porte-parole de l'organisme, Jean-Nicolas Ouellet. ⑮

⑯ « On retient toujours les cas de meurtres commis par des schizophrènes, poursuit-il. Ce n'est pas fréquent, mais ça frappe l'imaginaire. » ⑰



JEAN-NICOLAS OUELLET

Peu fréquent

22

ANNEXE H

GRILLE D'ANALYSE

[Cette page a été laissée intentionnellement blanche]

LISTE DES RÉFÉRENCES

Allen, R., et R. Nairn. 1997. « Media depictions of mental illness: An analysis of the use of dangerousness ». *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 31, p. 375-381.

Angermeyer, M. C., et H. Matschinger. 1996. « The effect of violent attacks by schizophrenic persons on the attitude of the public towards the mentally ill ». *Social Science and Medicine*, vol. 43, p. 1721-1728.

Association médicale canadienne. 2008. *8^e bulletin national annuel sur la santé — Faits saillants*, Ottawa: ASM, p.3

Bardin, L. 1977. *L'analyse de contenu*. Paris: Presses universitaires de France, 233 p.

Benbow, A. 2007. « *Mental illness, stigma, and the media* ». *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 68, suppl. 2, p. 31-5.

Benoist, J. 2007. « Logique de la stigmatisation, éthique de la déstigmatisation ». *L'Information psychiatrique*, vol. 83, no 8, p. 649-654.

Berelson, B. 1952. *Content Analysis in Communication Research*. Glencoe (Illinois): Free Press, 220 p.

Char, A. 2005. « L'éthique de l'émotion ». In *Communication : Horizons de pratiques et de recherche*, sous la dir. de P. Mongeau et J. Saint-Charles, Québec: Presses de l'Université du Québec, p. 259-278.

Chartier, L. 2003. *Mesurer l'insaisissable*. Québec: Presses de l'Université du Québec, 263 p.

Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

2006. *De l'ombre à la lumière — La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*. chapitre 8, section 8.2, Ottawa, p.195

Corrigan, P.W., D. Rowan, A. Green, R. Lundin, P. River, K. Uphoff-Wasowski, K. White et M. A. Kubiak. 2002. « Challenging two mental illness stigmas: personal responsibility and dangerousness ». *Schizophrenia Bulletin*, vol. 28, p. 293–310.

Corrigan, P.W., A. C. Watson, G. Gracia et F.E. Miller. 2004. « The impact of mental illness and substance abuse stigma on family members ». Manuscrit.

Corrigan, P. W., A. C. Watson, G. Gracia, N. Slopen, K. Rasinski et L. Hall. 2005. « Newspaper stories as measures of structural stigma ». *Psychiatric Services*, vol. 56, no 5, p. 551-556.

Coverdale, J., R. Nairn, et D. Claasen. 2002. « Depictions of mental illness in print media: a prospective national sample ». *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 36, p. 697-700.

Day, D., et S. Page. 1986. « Portrayal of mental illness in Canadian newspapers ». *The Canadian Journal of Psychiatry/La Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 31, no 9, p. 813-817.

Dumas, J-F. Conférence. « La santé et les médias : savoir et comprendre ». Malade de comm : Premier rendez-vous des professionnels en communication, Association québécoise des établissements en santé et services sociaux, Hôtel Hilton Bonaventure Montréal, 23 avril 2009

Edney, D. R. 2004. « Mass Media and Mental Illness: a literature review ». Canadian Mental Health Association, Ontario, 34 p.

Foucault, M. 1972. *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris: Gallimard, 573 p.

Gagnon, K., et H. Meunier. 2008. *Au pays des rêves brisés*. Montréal: Éditions La Presse, 254 p.

Goffman, E. 1975. *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*. Paris: Éditions de Minuit, 170 p.

Groulx, J. 2000. « Violence et suicide dans les médias d'information écrits de la Montérégie et de la presse nationale ». Direction de la santé publique – Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 87 p.

Hamann, S. 2001. « Cognitive and neural mechanisms of emotional memory ». *Trends in Cognitive Science*, vol. 5, no 9 (septembre), p. 394-400.

Howell, D.C. 1998. *Méthodes statistiques en sciences humaines*. Paris: De Boeck & Larcier, 821 p.

Jouffret, A. 2011. « Stigmatisation et déstigmatisation à l'épreuve de la ségrégation ». *Soins psychiatrie*, no 275 (juillet-août), p. 19-22.

Laramée, A., et B. Vallée. 1991. *La recherche en communication – éléments de méthodologie*. Ste-Foy (Québec): Presses Universitaires du Québec, 377 p.

Maheu, P. 1994. *Tabous et santé mentale*. Montréal: Association canadienne pour la santé mentale –filiale Montréal, 69 p.

Maisonnette, D. 2010. « 3.2 — Les sources scientifiques et profanes dans les médias : leur rôle dans la construction des normes sociales en santé ». In *Les médias et la santé: de l'émergence à l'appropriation des normes sociales*, sous la dir. de Lise Renaud, Coll. « Santé et société », Québec: Presses de l'Université du Québec à Montréal, p. 139-162.

- Martin-Lagardette, J-L.** 2006. *L'information responsable : un défi démocratique*. Paris: Éditions Charles Léopold Mayer, 296 p.
- Matas, M., N. El-Guebaly, N. Peterkin, M. Green et D. Harper.** 1985. « Mental illness and the media: an assessment of attitudes and communication ». *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 31, p. 12-17.
- Matas, M., N. El-Guebaly, D. Harper, M. Green et A. Peterkin.** 1986. « Mental illness in the media: Part II. Content analysis of press coverage of mental health topics ». *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 31, p. 431-433.
- Nairn, R.** 2007. « Media portrayals of mental illness, or is it madness? A review ». *Australian Psychologist*, vol. 42, no 2, p. 138-146.
- Pêcheur, R.** 2006. « La stigmatisation d'une sous-culture : étiquetage, marginalisation et déviance. Étude d'une communauté de joueurs de jeux de rôle parisiens ». Mémoire de maîtrise, Montréal, Université du Québec à Montréal, 203 p.
- Porter, I.** 2006. « La normalité, cette obsession », *Le Devoir* (Montréal), 16 octobre, p.A1.
- Rochefort, D. A., C. Harrington, M. Piscitelli, R. Sclafani, K. Stevens et D. Teehan.** 2002. « Good news, bad news, and points of view: An analysis of mental health coverage in Boston's two major newspapers ». Boston. Community-Based Research Initiative, College of Arts and Sciences, Northeastern University, 44 p.
- Sloven, N.B., A. C. Watson, G. Gracia G et P. W. Corrigan.** 2007. « Age analysis of newspaper coverage of mental illness ». *Journal of Health Communication*, vol. 12, no 1, p. 3-15.
- Stuart, H.** 2003a. « Stigma and stigma reduction: lessons learned ». *Santé mentale au Québec*, vol. 28, no 1, p. 54-72.

Stuart, H. 2003b. « Stigma and the Daily News: Evaluation of a Newspaper Intervention ». *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 48, p. 651-656.

Swain, G., et M. Gauchet. 1994. *Dialogue avec l'insensé — À la recherche d'une autre histoire de la folie*. Paris: Gallimard, 281 p.

Tanner, A. H. 2004. « Agenda building, source selection, and health news at local television stations. A nationwide survey of local television health reporters ». *Science Communication*, vol. 25, no 4, p.350-363.

Thornton, J.A., et O. Wahl. 1996. « Impact of a Newspaper Article on Attitudes Toward Mental Illness ». *Journal of Community Psychology*, vol. 24, no 1, p. 17-25.

Wahl, O., A. Wood, et R. Richards. 2002. « Newspaper Coverage of Mental Illness: Is It Changing? ». *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, vol. 6, no 1, p. 9-31.

SITES INTERNET

Agence de santé publique du Canada. 2008. *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada.* [www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-humain06/pdf/human_face_f.pdf] (consulté le 5 novembre 2008)

Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale. 2010. *À propos de la maladie mentale au Canada.* [www.cmha.ca/bins/content_page.asp?cid=6-20-23-43&lang=2] (consulté le 30 septembre 2010)

Association canadienne pour la santé mentale. 2008. *Information rapide : La santé mentale/la maladie mentale.* [www.cmha.ca/bins/content_page.asp?cid=6-20-23-43&lang=2] (consulté le 30 septembre 2010)

Centre d'études sur les médias de l'Université Laval. 2010. *Portrait de la presse quotidienne.* [www.cem.ulaval.ca/pdf/pressequotidienne.pdf] (consulté le 30 novembre 2010)

Fondation des maladies mentales. 2008. *Quelques statistiques sur les maladies mentales.* [www.fmm-mif.ca/fr/maladies/statistiques.html] (consulté le 8 septembre 2008)

Merriam-Webster Dictionary Online. 2011. *Définition : destigmatize.* [www.merriam-webster.com/dictionary/destigmatize] (consulté le 30 septembre 2011)

Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2011. *Problèmes de santé mentale — suicide.* [www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/sante_mentale/index.php?suicide] (consulté le 1^{er} novembre 2011)

National Mental Health Association. 2000. *Stigma matters: Assessing the media's impact on public perception of mental illness.* [www.mindframe-media.info/mi/media.php] (consulté le 20 novembre 2008)

Office québécois de la langue française. 2011. *Banque de dépannage linguistique — mystifier et mythifier.* [66.46.185.79/bdl/gabarit_bdl.asp?T1=mystifier&T3.x=0&T3.y=0] (consulté le 5 octobre 2011)

Organisation mondiale de la santé (OMS). 2001. *Rapport sur la santé dans le monde – La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs.* [www.who.int/whr/2001/chapter1/fr/index2.html] (consulté le 10 janvier 2011)

Santé Canada. 2002. *Rapport sur les maladies mentales au Canada.* [www.phac-aspc.gc.ca/publicat/miic-mmacc/pdf/men_ill_f.pdf] (consulté le 10 janvier 2011)

Société canadienne de la schizophrénie. 2007. *La schizophrénie : le cheminement vers le rétablissement. Un guide du bénéficiaire et de la famille pour l'évaluation et le traitement.* [www.schizophrenia.ca/AJoureyToRecoveryFrench.pdf] (consulté le 25 octobre 2011)