

Photo de Reuters RTX34EW, prise par Finbarr O'Reilly



Un soldat d'infanterie canadien frissonne de froid un matin, au lendemain de combats intenses en Afghanistan, le 18 novembre 2007.

Combattre l'effet de la stigmatisation sur les membres des Forces armées canadiennes (FAC) souffrant de lésions corporelles ou de troubles mentaux

par G. Robert Arrabito et Anna S. Leung

G. Robert Arrabito, M. Sc., est un scientifique de la Défense faisant partie du Groupe de l'interaction entre l'humain et la technologie de la Section d'intégration des systèmes humains à Recherche et développement pour la défense Canada à Toronto.

Anna S. Leung a récemment obtenu un diplôme de doctorat en audiologie (D. Aud.) de l'Université Northwestern. Dans le cadre de son travail en audiologie, elle tente de réduire, par l'éducation et le counseling, les stigmates associés au port d'appareils auditifs.

Introduction

Le service militaire est souvent exigeant tant sur le plan physique que sur le plan psychologique. Dans le cadre de leurs fonctions au Canada et à l'étranger, les militaires subissent souvent des traumatismes physiques et mentaux qui entraînent des déficiences fonctionnelles importantes. Lorsqu'un militaire est blessé ou qu'il

souffre d'un trouble mental, l'objectif pour tous est de faciliter son rétablissement et son retour à un plein rendement.

Les FAC fournissent aux militaires souffrant de lésions corporelles ou de troubles mentaux des services et des programmes qui leur permettent de retrouver la santé et un fonctionnement optimal. Dans le cadre des phases successives de la réadaptation, du rétablissement et de la réintégration du militaire au sein des FAC, on doit créer un partenariat actif entre le militaire lui-même, l'équipe des soins de santé et de soutien, et l'équipe de commandement/supervision. Grâce à ce partenariat, les FAC peuvent faciliter le traitement et améliorer les résultats sur le plan de la santé, ce qui permet aux militaires traités de se rétablir plus rapidement et, dans certains cas, de demeurer plus longtemps au sein des Forces. La reconnaissance rapide des problèmes physiques et mentaux et une intervention précoce sont généralement garantes de meilleurs résultats sur le plan de la santé.

Si le militaire souffrant de lésions corporelles ou de troubles mentaux ne peut reprendre les fonctions liées à son groupe



professionnel militaire, les FAC l'affecteront à un autre groupe professionnel, à condition qu'il réponde aux critères minimaux d'efficacité opérationnelle liés à l'universalité du service¹. Le gouvernement du Canada fournit l'aide nécessaire aux militaires souffrant de lésions corporelles ou de troubles mentaux pour qu'ils puissent entreprendre une nouvelle vie dans les cas où ils sont incapables de reprendre le service militaire. Si, au contraire, le militaire est en mesure de réintégrer les rangs, les FAC appliquent le programme de retour au travail (RT), qui s'adresse aux membres de la Force régulière et de la Première réserve². Le programme de RT des FAC vise à faciliter le rétablissement des militaires souffrant de lésions corporelles ou de troubles mentaux en les réintégrant dans les effectifs aussi vite que leur état médical le permet. Le travail est un aspect important de la vie humaine, et le retour au travail a des avantages aussi bien pour l'employé que pour l'employeur. Ce dernier conserve des employés de valeur et évite des coûts de formation de remplaçants; pour ce qui est de l'employé, le retour au travail et aux activités de la vie quotidienne peut accélérer le rétablissement et réduire les risques d'incapacité prolongée. En fait, selon les études, l'emploi est bénéfique pour la santé et pour le bien-être subjectif³.

Les militaires qui souffrent de lésions corporelles ou de troubles mentaux ont de meilleures chances de réussir leur rétablissement et leur réadaptation et, finalement, de reprendre le service militaire si l'on parvient à réduire la stigmatisation à leur endroit (c.-à-d. les attitudes négatives et erronées). Il est parfois plus difficile et plus long de vaincre la stigmatisation que de régler les problèmes liés à la réadaptation. La stigmatisation peut nuire à la création d'un environnement de travail favorable, un élément critique pour la cohésion de l'unité, le moral et, au bout du compte, l'efficacité opérationnelle. Les FAC travaillent activement à promouvoir la

sensibilisation, l'éducation et la formation dans le but d'opérer un changement de culture durable, lequel permettra de réduire l'effet de la stigmatisation des militaires souffrant de lésions corporelles ou de troubles mentaux.

Dans cet article, nous traiterons de la manière dont les FAC combattent les effets de la stigmatisation chez les militaires blessés ou atteints de troubles mentaux. Nous définirons tout d'abord la stigmatisation, puis nous mettrons en lumière cinq de ses effets nocifs. Ensuite, nous décrirons des interventions qui sont menées dans le contexte civil pour réduire la stigmatisation, ce qui nous amènera à traiter de cinq programmes des FAC qui intègrent des interventions de réduction de la stigmatisation. L'utilité de ces programmes est évidente si l'on en juge par les progrès accomplis en vue d'un changement de culture au sein des FAC, au cours des dix dernières années. Enfin, nous présenterons des mesures personnelles de réduction de la stigmatisation qui s'adressent, d'une part, aux militaires qui ont subi des blessures ou des traumatismes mentaux et, d'autre part, aux militaires bien portants. Notre objectif est de présenter, à la lumière des données publiques disponibles, une analyse équilibrée des effets de la stigmatisation tant chez les militaires souffrant de lésions corporelles que chez les militaires atteints de troubles mentaux, et de faire la promotion des mesures pouvant être prises par les individus pour réduire la stigmatisation.

Stigmatisation

La stigmatisation est une marque d'opprobre qui a pour effet d'écarter la personne qui en fait l'objet. Il y a stigmatisation lorsque sont réunis les éléments suivants : stéréotypage, étiquetage et discrimination. Les stéréotypes sont des croyances courantes à

propos des traits ou des caractéristiques communes d'un groupe d'individus (p. ex. personnes âgées, groupes ethniques, minorités raciales et personnes handicapées)⁴. Les stéréotypes proviennent généralement d'une mauvaise compréhension et d'une généralisation excessive. En soi, ils peuvent être positifs ou négatifs. Les stéréotypes négatifs sont des croyances qui attribuent des caractéristiques indésirables ou négatives à un groupe⁵. Par exemple, il existe une perception erronée qui relie violence et maladie mentale. Les personnes souffrant d'un trouble mental ne sont pas plus susceptibles que d'autres de commettre un crime violent. Les conditions qui font augmenter le risque de violence sont les mêmes, peu importe l'état de santé mentale d'une personne. En fait, les individus souffrant de troubles mentaux sont plus susceptibles d'être des *victimes* que des *auteurs* d'actes violents⁶.

Les stéréotypes font en sorte que des étiquettes sont apposées. Les gens utilisent des étiquettes telles que « fou », « malade mental », « dérangé » pour décrire une personne atteinte de maladie mentale. Ces étiquettes sont blessantes. Elles nient à l'individu stigmatisé le droit d'être jugé comme une personne possédant des préférences et des aversions, des points forts et des points faibles.

Les étiquettes mènent à la discrimination. Ce dernier phénomène est une réaction comportementale qui consiste à traiter une personne de façon inéquitable ou injuste sur la base d'un attribut du groupe stigmatisé⁷. Bien que la discrimination ne soit pas toujours évidente, elle existe et elle blesse.

Effet de la stigmatisation

La stigmatisation peut entraîner les gens à exercer une discrimination à l'endroit des personnes atteintes d'une incapacité (PI) dans bon nombre de situations. Cinq types de situations sont mises en lumière dans cette section : déni de l'incapacité, réticence des personnes atteintes de troubles mentaux à demander un traitement médical, comportement d'évitement à l'égard des PI, stigmatisation par association et stigmatisation agissant comme un obstacle à l'emploi des PI. Chacune de ces situations pourrait nuire à la réintégration des militaires souffrant de lésions corporelles ou de troubles mentaux au sein des FAC, ou encore à leur transition vers la vie civile.

Déni de l'incapacité

Certaines incapacités sont plus faciles à masquer que d'autres. Les personnes qui pourraient se décrire comme souffrant d'une incapacité doivent soupeser le pour et le contre de la divulgation de leur incapacité (p. ex. traumatisme cérébral, trouble mental). Les gens sont moins enclins à accepter leur incapacité s'ils perçoivent une discrimination sociale⁸. Il peut arriver que les personnes atteintes d'incapacité nient leur problème en essayant de le cacher. Elles tentent de passer pour des personnes « bien portantes » en cachant ou en minimisant leur incapacité⁹. De cette façon, elles cherchent à se présenter comme des personnes sans incapacité afin d'exercer un certain contrôle sur les impressions négatives que les autres pourraient avoir.

Le fait de masquer une incapacité en la gardant secrète et en la niant comporte un coût émotif pour la personne stigmatisée. Les tentatives de passer pour une personne bien portante peuvent entraîner des sentiments d'isolement et d'imposture et la peur d'être découvert¹⁰. En essayant de masquer leur véritable identité, les personnes qui portent des stigmates dissimulables peuvent être perturbées par des pensées quotidiennes obsédantes à propos de leur incapacité (p. ex. l'obligation de se rappeler qui est au courant), ce qui peut avoir des

effets nuisibles sur leur bien-être physique et psychologique¹¹. Les personnes qui tentent de dissimuler leurs stigmates ont souvent de la difficulté à établir et à maintenir des relations sociales, car pour avoir une relation significative, il faut pouvoir se révéler aux autres.

Réticence des personnes atteintes de troubles mentaux à demander un traitement médical

La maladie mentale est la première cause d'incapacité au Canada. En fait, un Canadien sur cinq en souffrira au cours de sa vie¹². La maladie mentale frappe indépendamment du sexe, de l'âge, de la race, de la culture, du revenu, de la profession, de l'origine ethnique ou du statut social. Elle s'accompagne d'un effarant éventail de symptômes qui peuvent mener à des affections débilantes chroniques. La maladie mentale n'est pas un signe de manque de volonté ou de sens moral. Elle peut être aussi débilante que la maladie physique¹³.

Un trouble mental ne peut être diagnostiqué et traité qu'après avoir été signalé par le sujet. Cependant, les gens sont généralement réticents à parler de leur problème. Comme l'indiquait le 8^e Bulletin national annuel sur la santé au Canada (2008), seulement la moitié des Canadiens seraient disposés à révéler à des amis ou à des collègues qu'un membre de leur famille est atteint de maladie mentale (50 %), alors qu'une vaste majorité de Canadiens parleraient volontiers du cancer (72 %) ou du diabète (68 %) d'un membre de leur famille¹⁴.

Cette réticence à parler des cas de maladie mentale dans notre propre entourage a un effet négatif sur les individus qui pourraient avoir besoin de soins en santé mentale. Parmi les Canadiens qui avaient indiqué avoir eu des symptômes de troubles mentaux au cours de l'année précédente, un sur cinq (21 %) n'avait pas demandé d'aide¹⁵. Dans une vaste enquête menée en 2002 au sein des FAC, chez ceux qui n'avaient pas demandé de services en santé mentale dans l'année précédente (mais avaient reconnu en avoir besoin), environ un tiers percevaient la peur de la stigmatisation comme un obstacle à l'obtention de services liés aux traitements (information, médication et counseling/thérapie)¹⁶. Le fait d'éviter ou de reporter le traitement est déplorable, car la plupart des troubles mentaux peuvent être traités¹⁷. L'état de santé mentale des militaires est aussi important que leur forme physique dans l'accomplissement de leurs tâches au sein des FAC.

Comportement d'évitement envers les personnes atteintes d'une incapacité

Les personnes souffrant d'une incapacité physique ou d'un trouble mental sont souvent exclues socialement, et les personnes bien portantes ont tendance à les éviter. Dans des expériences en laboratoire, Robert E. Kleck, psychologue et sociologue reconnu et professeur-chercheur émérite au Collège Dartmouth, a démontré, avec ses collègues, que les participants bien portants adoptent un comportement d'évitement lorsqu'ils interagissent avec une personne amputée de sa jambe gauche (simulation réalisée au moyen d'un fauteuil roulant conçu spécialement)¹⁸. Parmi les comportements observés, on note le fait de se tenir à une plus grande distance en parlant, de mettre rapidement fin à une conversation et de sourire moins.

Des données d'enquête font état de la distanciation sociale exercée par les personnes bien portantes à l'égard des gens atteints de troubles mentaux. La majorité des Canadiens (55 %) affirment qu'ils seraient peu enclins à épouser quelqu'un qui souffre de maladie mentale, comme le souligne le 8^e Bulletin national annuel sur la santé au Canada (2008)¹⁹. Des données extraites de l'Enquête sociale générale de 1996 indiquent qu'une majorité d'Américains



ne voudraient pas travailler ni passer une soirée avec une personne atteinte de maladie mentale, et qu'ils ne voudraient pas non plus qu'un membre de leur famille épouse une telle personne²⁰. Parmi les répondants de la National Stigma Study – Children (NSSC), environ un cinquième des adultes ont déclaré qu'ils ne voudraient pas qu'un enfant ou un adolescent ayant des problèmes de santé mentale soit leur voisin, soit dans la même classe que leur enfant ou soit ami avec un de leurs enfants²¹. De plus, la majorité des répondants de cette étude ont déclaré préférer maintenir une distance sociale avec les enfants et les adolescents souffrant de problèmes mentaux, un résultat nettement différent de celui obtenu lorsqu'il s'agissait de troubles physiques.

Stigmatisation par association

Non seulement la stigmatisation a-t-elle des effets débilissants sur les PI, mais elle tend également à s'étendre aux membres de la famille et aux autres personnes en contact avec elles²². Des gens dont l'enfant a marié une PI craignent les réactions de leurs amis et voisins, et certains croient qu'une incapacité est le signe d'une lacune intérieure qui nuira au mariage ou aux petits-enfants à venir²³. Un soignant qui s'occupe d'une personne souffrant de dépression peut faire l'objet de soupçons; en effet, il est déjà arrivé que des gens demandent s'il était possible d'attraper une dépression, tout comme on contracte un rhume²⁴. Pour les familles, la stigmatisation par association entraîne des sentiments de crainte, de honte, de colère et d'impuissance²⁵. Ces attitudes peuvent causer du tort aux membres d'une famille qui ont déjà des épreuves à surmonter²⁶.

La stigmatisation comme obstacle à l'emploi des personnes atteintes d'incapacité

La stigmatisation nuit à l'emploi des PI. Bien des gens croient que les PI ne sont pas aptes à l'emploi²⁷. Les PI ont donc à affronter des attitudes empreintes de préjugés dans leur recherche

d'emploi²⁸. Des données d'enquête indiquent que, comparativement à leurs homologues bien portants, les PI ont des niveaux d'emploi inférieurs, travaillent plus souvent à temps partiel et ont un revenu annuel inférieur²⁹. Toutefois, le fait de souffrir de lésions corporelles ou de trouble mental n'empêche pas une personne d'être productive et même de fournir un rendement supérieur. Plutôt que de juger les PI en fonction de leur incapacité, il faut les considérer sur la base de leurs capacités en contexte adapté (p. ex. accès aux installations en fauteuil roulant et horaire flexible pour que la personne souffrant d'un trouble mental, le cas échéant, puisse se faire traiter).

Interventions visant à réduire la stigmatisation

La stigmatisation des personnes atteintes d'incapacité peut leur nuire autant que l'incapacité en soi. Différents organismes gouvernementaux, organisations caritatives et groupes de défense des intérêts ont élaboré un éventail de stratégies pour réduire l'effet de la stigmatisation sur les PI. Les interventions ont pour but de remplacer les stéréotypes négatifs par une perception mieux éclairée de l'incapacité, ce qui se traduira, espérons-le, par une amélioration de la qualité de vie des PI. Dans cette section, nous présentons trois interventions visant à réduire la stigmatisation, soit les activités de protestation, l'éducation et le contact. Bien qu'elles soient présentées séparément, ces interventions ne sont pas nécessairement cloisonnées³⁰.

Protestation

La protestation est une stratégie réactive visant à réduire les effets de la stigmatisation des PI³¹. La protestation peut prendre diverses formes, par exemple la rédaction de lettres au rédacteur en chef d'un journal ou le lobbying auprès des députés. Les groupes de défense des intérêts peuvent protester contre les représentations hostiles ou inexacts des incapacités, comme celles qu'on peut

voir dans les médias ou dans les films. Par exemple, le Centre de toxicomanie et de santé mentale (CTSM) s'est élevé contre l'émission de télé-réalité intitulée *The Apprentice* (L'apprenti) qui, à leur avis, donnait un mauvais exemple de la façon de traiter la maladie mentale dans le milieu de travail³². Dans un épisode, une candidate atteinte d'un trouble mental avait présenté sa candidature pour un emploi de rêve. Elle avait par la suite été étiquetée de « folle » et avait été éliminée. Les téléspectateurs ont ainsi eu un aperçu de ce qu'une personne atteinte de maladie mentale craint le plus quand elle se rend au travail : l'aliénation, les insultes, la peur d'être congédiée, la stigmatisation et la honte. Une initiative de protestation telle que celle du CTSM peut aider à réduire la fréquence des stéréotypes négatifs³³. Cependant, cette stratégie ne permet pas de promouvoir des attitudes plus positives étayées par des faits³⁴.

Éducation

Les activités d'éducation fournissent une information exacte sur la maladie mentale, qui permet aux membres du public de prendre des décisions plus éclairées en la matière³⁵. Elles aident à remettre en question l'information inexacte charriée par les stéréotypes courants associés aux gens atteints de maladie mentale (c.-à-d. incompetents, irresponsables, dangereux, imprévisibles, responsables de leur maladie, peu susceptibles de guérir). L'information peut être diffusée par le moyen de messages d'intérêt public, d'ateliers, de brochures et d'affiches, et dans des sites Web. Toutefois, le succès de ces efforts d'éducation dépend grandement du type d'information diffusé et de la méthode de diffusion³⁶.

Contact

Les contacts avec des PI peuvent venir renforcer les effets de l'éducation dans la lutte contre la stigmatisation³⁷. Par exemple, le fait d'encourager l'interaction directe des personnes bien portantes et des personnes atteintes d'un trouble mental fournit l'occasion aux membres du public de rencontrer des gens souffrant de maladies telles que la schizophrénie qui occupent des emplois rémunérés ou qui sont de bons voisins au sein de la communauté. Ces contacts peuvent réduire la stigmatisation associée aux problèmes mentaux. Des instructeurs ou des facilitateurs souffrant d'une maladie mentale peuvent aussi parler de leur expérience. Les membres du public ont ainsi l'occasion d'en apprendre davantage sur la vie avec une incapacité, et de remettre en question leurs idées préconçues. Toutefois, la qualité du contact est très importante, car des expériences négatives peuvent augmenter la stigmatisation³⁸.

Programmes visant à combattre la stigmatisation dans les Forces armées canadiennes

Les FAC ont des programmes dont l'un des buts est de réduire la stigmatisation et de maximiser l'efficacité opérationnelle à court et à long terme. Cinq de ces programmes sont présentés dans cette section : Soutien social aux victimes de stress opérationnel, Bureau des conférenciers conjoint sur la santé mentale et les traumatismes liés au stress opérationnel, En route vers la préparation mentale, événements soulignant la Journée internationale des personnes handicapées et le programme Sans limites! Ces programmes font appel à des activités d'éducation et à des contacts, qui s'avèrent efficaces dans l'atténuation de la stigmatisation³⁹.

Soutien social aux victimes de stress opérationnel

Le programme de Soutien social aux victimes de stress opérationnel (SSVSO) est un réseau de coordonnateurs de soutien par les pairs situé dans les principales villes et à proximité des bases

d'un bout à l'autre du Canada. Le programme fournit un soutien par les pairs et un soutien social confidentiels aux membres des FAC et aux anciens combattants souffrant de traumatisme lié au stress opérationnel (TSO), ainsi qu'à leurs familles. Par TSO, on entend généralement toute difficulté psychologique persistante (p. ex. anxiété, dépression ou trouble de stress post-traumatique) résultant de fonctions exécutées par le personnel des FAC au cours d'opérations au Canada ou à l'étranger⁴⁰. Ce soutien est offert par des personnes qui souffrent elles-mêmes d'un TSO et par des membres des familles qui, de par leur propre expérience, comprennent bien cette problématique.

Le programme de SSVSO a été créé en 2001 par le lieutenant-colonel Stéphane Grenier, conseiller spécial sur les TSO, qui a lui-même subi ce genre de traumatisme à la suite d'un déploiement au Rwanda. Le but du programme de SSVSO est de mieux faire connaître et comprendre les blessures et les affections non visibles et ainsi changer les attitudes et les comportements envers la maladie mentale, ce qui atténuera la stigmatisation.

Bureau des conférenciers conjoint sur la santé mentale et les traumatismes liés au stress opérationnel

Le Bureau des conférenciers conjoint (BCC) sur la santé mentale et les traumatismes liés au stress opérationnel a été créé en 2007 lorsque le Bureau des conférenciers du SSVSO s'est joint à ce qui était alors le Groupe des Services de santé des FC – Quartier général⁴¹. Le BCC est un programme éducatif fondé sur des stratégies efficaces visant à promouvoir la santé, à prévenir la maladie mentale et à réduire la stigmatisation. L'approche adoptée comporte deux volets. En premier lieu, le BCC cherche à rehausser les connaissances des militaires et de leur famille en matière de maladie mentale et s'emploie à recommander des mesures concrètes pour améliorer la santé mentale. Ensuite, le BCC vise à créer un leadership qui fournira un environnement favorable, améliorera le moral et augmentera l'efficacité opérationnelle grâce à une cohésion au sein des unités.

Un exemple d'une stratégie efficace du BCC est le modèle de continuum de la santé mentale⁴², qui a été mis au point par ce qui était alors le Groupe des Services de santé des FC en collaboration avec le service de psychiatrie du U.S. Marine Corps. Ce modèle décrit quatre états mentaux allant d'une bonne santé mentale à la maladie, et fournit des indicateurs correspondant à ces stades. Les différents comportements décrits suivent un continuum bidirectionnel, ce qui signifie qu'il est toujours possible de retourner à un état de bonne santé mentale et de plein fonctionnement. Des stratégies sont également fournies dans le modèle pour soutenir les personnes qui éprouvent des problèmes de santé mentale.

Une composante clé est du BCC est le partenariat entre les pairs et les professionnels de la santé mentale à tous les échelons de l'organisation, qui permet d'établir la crédibilité de l'initiative et des liens avec les participants. Les pairs sont des militaires qui se sont rétablis d'un TSO et qui ont été formés pour parler au personnel des FAC de leur expérience à cet égard. La narration de leur expérience concrète suscite des réactions émotionnelles et produit un effet puissant sur les attitudes⁴³. Il est également important, dans l'élaboration et la prestation d'un programme d'éducation en santé mentale, de faire appel à des professionnels expérimentés, qui ont des connaissances théoriques et pratiques à jour sur les questions de santé mentale et qui constituent ainsi des sources crédibles pour l'auditoire.

Le BCC applique un processus rigoureux pour la sélection aussi bien des pairs que des cliniciens en santé mentale. En combinant les comptes rendus personnels de pairs qui ont souffert d'un TSO et



l'information fournie par les cliniciens en santé mentale, le BCC est à même de réduire la stigmatisation associée aux TSO et, éventuellement, de faire en sorte que les militaires cherchent plus spontanément à obtenir des soins, ce qui entraînera une meilleure issue des traitements. D'après les données préliminaires, le programme du BCC a produit des effets à court terme, car il amène des changements d'attitude et une meilleure connaissance dans ce domaine⁴⁴.

En route vers la préparation mentale

En 2010, les FAC ont lancé un programme de formation préalable et postérieure au déploiement appelé En route vers la préparation mentale⁴⁵. Ce programme a pour but d'améliorer le rendement à court terme et les résultats sur le plan de la santé mentale à long terme pour les membres des FAC et leurs familles. Le programme comporte quatre grands objectifs d'apprentissage, soit : 1) compréhension des réactions de stress; 2) description des difficultés liées au déploiement et de leur impact; 3) apprentissage et application de stratégies pour atténuer l'effet du stress; 4) savoir quand et où demander de l'aide. De cette façon, le programme En route vers la préparation mentale espère rehausser les connaissances en matière de santé mentale des personnes qui sont aux prises avec la maladie mentale, mais également faire en sorte que les chefs qui notent ces signes fournissent un milieu favorable au rétablissement.

Le programme En route vers la préparation mentale est dispensé en six phases tout au long du cycle de déploiement : 1) pré-déploiement; 2) renforcement; 3) pré-déploiement de la famille; 4) décompression dans un tiers lieu; 5) décompression à la maison et 6) suivi post-déploiement. En outre, on est en train d'incorporer les grands concepts présentés dans le programme En route vers la préparation mentale dans la formation sur le leadership des FAC.

Activités soulignant la Journée internationale des personnes handicapées

Le ministère de la Défense nationale/les Forces armées canadiennes (MDN/FAC) soulignent chaque année, le 3 décembre, la Journée internationale des personnes handicapées (JIPH), qui a été proclamée par l'Assemblée générale des Nations Unies en 1981. Cette journée vise à favoriser une meilleure connaissance des enjeux

liés aux handicaps et à mieux sensibiliser les gens aux avantages d'une bonne intégration des personnes handicapées dans toutes les sphères de la vie sociale, politique et économique. Au début de décembre, des événements sont tenus dans l'ensemble du MDN et des FAC dans le but de sensibiliser tous les effectifs aux enjeux liés aux handicaps et à leurs solutions, et à reconnaître les accomplissements et la précieuse contribution des employés du MDN et des membres des FAC qui ont un handicap.

Chaque année, un thème est choisi pour souligner la JIPH. Par exemple, en 2011, le thème était *Une destination, plusieurs façons de s'y rendre*, qui invitait les employés du MDN et les membres des FAC à en apprendre davantage et à amorcer une réflexion sur les mesures concrètes qu'ils peuvent prendre au quotidien à l'égard aussi bien des militaires que des employés civils qui utilisent des chemins différents pour se rendre au même endroit. Parmi les événements précédant la JIPH, mentionnons des conférenciers spécialistes de la motivation, des démonstrations, une partie de hockey sur luge entre l'équipe de hockey sur luge paralympique canadienne et la garnison d'Edmonton, un cours donné par l'organisme Yoga Warrior (projet pilote de la base de Borden des Forces canadiennes visant à aider les militaires à composer avec le trouble de stress post-traumatique), des ateliers, des dîners-causerie et des stands d'information.

Sans limites!

Le programme Sans limites! cherche à aider les membres et les anciens combattants des FAC souffrant de lésions corporelles ou de troubles mentaux à se réhabiliter et à améliorer leur qualité de vie par le biais du conditionnement physique, d'activités récréatives ou du sport⁴⁶. Ce programme a été créé en 2006 par l'adjudant Andrew McLean, technicien en recherche et sauvetage et marathonien, et M. Greg Lagacé, gestionnaire du développement paralympique au sein du Comité paralympique canadien.

Non seulement l'exercice physique améliore la santé, mais il peut aider une personne atteinte d'une incapacité physique à réduire la stigmatisation associée à son handicap en créant une impression positive sur les autres⁴⁷. Dans une étude, on a demandé aux sujets de lire la description d'une personne, homme ou femme, souffrant d'un traumatisme médullaire qui était décrite comme faisant de

l'exercice, comme ne faisant pas d'exercice ou comme sujet témoin (c.-à-d. qu'aucune donnée concernant l'exercice n'était fournie dans ce cas), puis de lui attribuer une note en fonction de 17 aspects liés à la personnalité et de 9 aspects liés aux caractéristiques physiques. Au final, les notes étaient significativement plus favorables à l'endroit de la personne faisant de l'exercice qu'à l'endroit de la personne ne faisant pas d'exercice et du sujet témoin, pour tous les aspects étudiés⁴⁸.

Changement de culture au sein des Formes armées canadiennes

Les FAC font une promotion dynamique de la sensibilisation, de l'éducation et de la formation par l'entremise des programmes susmentionnés, lesquels englobent des interventions de réduction de la stigmatisation visant à opérer des changements durables dans la culture des FAC. Les membres de la haute direction reconnaissent l'importance de la réduction de la stigmatisation. L'ancien chef d'état-major de la défense et général à la retraite Walter Natynczyk a lancé officiellement la campagne de sensibilisation à la santé mentale le 25 juin 2009 dans le cadre d'une nouvelle stratégie destinée à lutter contre la stigmatisation associée à la maladie mentale au sein des FAC⁴⁹. Le Groupe des Services de santé des FAC a mis en place un programme de recherche active qui permet de sonder régulièrement les attitudes à l'égard des soins de santé mentale et d'élaborer des approches prometteuses en vue de changer les attitudes, dont

l'efficacité est ensuite validée. La Section du rendement et du comportement individuels à Recherche et Développement pour la défense Canada – Toronto étudie actuellement le processus de réintégration après le déploiement (au travail, dans la famille et dans la sphère personnelle) et explore les facteurs qui peuvent nuire ou aider à la réintégration.

On peut d'ores et déjà constater que les programmes et les politiques des FAC favorisent une culture de compréhension et d'acceptation des membres souffrant de lésions corporelles ou de troubles mentaux. Par exemple, le capitaine Simon Mailloux est le premier militaire amputé des FAC à effectuer un redéploiement en Afghanistan⁵⁰. Il a perdu la partie inférieure de sa jambe gauche quand le véhicule blindé qu'il commandait a roulé sur un engin explosif improvisé. On a justifié son retour en Afghanistan en prouvant qu'il était physiquement et mentalement apte à affronter les rigueurs du redéploiement.

Ce changement positif dans la culture des FAC sur le plan de la réduction de la stigmatisation est un pas important, car les militaires sont constamment appelés à repérer et à corriger d'éventuelles lacunes dans le bien-être des militaires souffrant de lésions corporelles ou de troubles mentaux. Pour donner une idée de l'état actuel de la culture dans les FAC, soulignons que, selon l'ombudsman du MND/FAC qui produit des rapports publics sur les sujets d'importance touchant le bien-être de la communauté de la Défense, la stigmatisation



Photo de Reuters RTR1H26A prise par JP Moczulski

semble avoir fléchi depuis 10 ans. Cependant, le rapport spécial de l'ombudsman du MDN/FC de 2008 indique que la stigmatisation associée au trouble de stress post-traumatique (TSPT) et aux autres TSO demeure un problème réel dans un certain nombre d'établissements militaires un peu partout au Canada⁵¹, et souligne qu'un changement de culture est encore nécessaire. À la suite de l'enquête originale de l'ombudsman du MDN/FC de 2002, l'ombudsman McFadyen a conclu que les membres des FAC recevant un diagnostic de TSPT étaient souvent stigmatisés comme des imposteurs, des simulateurs ou des personnes faibles et incapables. De même, les membres des FAC qui recevaient un diagnostic de problème de santé mentale se sentaient souvent rejetés, ostracisés. Les familles des militaires, quant à elles, obtenaient peu de soutien, voire aucun, qui aurait pu les aider à comprendre et à surmonter ces problèmes. Étant donné cette stigmatisation répandue, les militaires souffrant de TSPT ou d'autres TSO hésitaient souvent à demander de l'aide⁵².

Malgré les progrès accomplis par les FAC dans le traitement des membres souffrant d'un trouble mental qui sont décrits par l'ombudsman du MND/FC dans son rapport de 2009-2010, celui-ci est d'avis qu'il existe un grand nombre de militaires qui souffrent *actuellement*, et qu'on prévoit qu'un nombre encore plus grand de personnes en souffriront *éventuellement*, ce qui exigera de la part du Bureau de l'ombudsman un nouvel examen et une nouvelle évaluation⁵³. Plus récemment, le rapport de l'ombudsman du MDN/FC de 2010-2011 signalait que les FAC avaient quelque peu progressé dans la réduction de la stigmatisation de la maladie mentale⁵⁴. Cependant,

la stigmatisation associée aux TSO et aux autres problèmes de santé mentale est encore préoccupante, en particulier pour les militaires subalternes qui craignent l'impact du diagnostic sur leur carrière. En outre, plusieurs conjoints ou conjointes de militaires ont déclaré que leur conjoint avait décidé de ne pas demander de traitement, de peur d'être stigmatisé. Ces personnes s'inquiétaient également du fait qu'un TSO pouvait signifier le congédiement de leur conjoint.

Les FAC accordent de l'importance aux difficultés qui subsistent dans la lutte contre la stigmatisation. Tout changement de culture important demande du temps dans une organisation de la taille des FAC. Cette mission exigeante a été rendue plus facile par les dirigeants à l'échelle nationale qui favorisent un changement de culture. Plus particulièrement, il faut souligner la campagne de sensibilisation à la santé mentale lancée par le chef d'état-major de la défense et général à la retraite Walter Natynczyk, dans le cadre de la stratégie visant à combattre la stigmatisation associée à la maladie mentale au sein des FAC⁵⁵. Sans un tel leadership, fort et engagé, il est beaucoup plus difficile d'opérer un changement de culture, et il est encore plus long de le mettre pleinement en œuvre. Les FAC peuvent se féliciter d'avoir affecté des professionnels de la santé mentale à des établissements militaires d'un bout à l'autre du Canada pour assurer un soutien et faire tout en leur pouvoir afin d'aider les militaires souffrant de TSPT et d'autres TSO. Même si la lutte contre la stigmatisation n'est manifestement pas terminée, il importe de souligner le changement positif qui s'est opéré dans la culture des FAC.



Mesures personnelles de réduction de la stigmatisation

L'atténuation des effets de la stigmatisation dépend grandement des mesures prises par les individus. Un important principe consiste à traiter les militaires souffrant de lésions corporelles ou de troubles mentaux comme ils voudraient l'être. Nous présentons dans cette section des recommandations qui devraient aider les gens au moment de décider des comportements adéquats à adopter pour réduire la stigmatisation, qu'il s'agisse des militaires qui deviennent inaptes physiquement ou sont frappés de troubles mentaux, ou des membres bien portants. Nous avons compilé ces recommandations à partir de sites Web traitant des personnes atteintes d'incapacité (PI; voir tableau 1).

Voici des recommandations pour la réduction de la stigmatisation qui s'adressent aux militaires souffrant de lésions corporelles ou de troubles mentaux :

- N'ayez pas honte de demander de l'aide;
- Ne vous excusez jamais de votre incapacité;
- Faites part aux autres de vos expériences;
- Faites de l'« éducation » à propos de votre incapacité;
- Dissipez les mythes ou les stéréotypes au sujet des PI;
- Ayez une attitude positive.

Les recommandations qui suivent s'adressent aux militaires bien portants :

- Soyez bien renseigné :
 - Renseignez-vous sur la stigmatisation, la discrimination et les handicaps;

- Sachez reconnaître et remettre en question les mythes, les stéréotypes et les renseignements inexacts au sujet des incapacités;
- Écoutez ce que les PI ont à dire sur leur expérience.
- Portez attention à vos attitudes et à vos comportements :
 - Soyez conscient des attitudes et comportements envers les PI;
 - Évitez de déprécier les PI et d'avoir des préjugés fondés sur des stéréotypes;
 - Mettez sur les attributs positifs des PI;
 - Sachez intégrer les PI et tenir compte de leurs besoins;
 - Faites preuve d'empathie envers les PI en vous mettant à leur place;
 - Résistez aux stéréotypes négatifs et répandus sur les incapacités.
- Soyez proactif :
 - Brisez le silence sur la stigmatisation;
 - Choisissez les mots avec soin – certains termes ou certaines expressions peuvent dépersonnaliser les PI. Par exemple, décrivez la personne selon ses capacités, ses compétences ou ses qualités plutôt qu'en la désignant comme une personne déprimée en raison du fait qu'elle a reçu un diagnostic de dépression mentale;
 - Parlez des déficiences d'une manière ouverte et respectueuse;
 - Veillez à ce que l'environnement soit adapté aux besoins des PI.

Organisation	Site Web	Ressource
Accès Ontario	http://www.mcass.gov.on.ca/fr/mcass/programs/accessibility/index.aspx/ado/english/disabilities	Portail de l'Ontario sur les services aux personnes handicapées
Centre de toxicomanie et de santé mentale	http://www.camh.ca/fr/education/Patients-Families-Public/Pages/default.aspx	Santé mentale
Association des malentendants canadiens	http://www.chha.ca/documents/fr/faq_about_hearing_loss_booklet.pdf	Déficience auditive
Commission canadienne des droits de la personne	http://www.chrc-ccdp.ca/fra/content/sources-dinformation	<i>Loi canadienne sur les droits de la personne</i> et information sur les handicaps
Institut national canadien pour les aveugles (INCA)	http://www.cnib.ca/fr/apropos/publications/ressources/Pages/default.aspx	Perte de la vision
Vie Autonome Canada	http://www.ilcanada.ca/article/biblio-thand232que-588.asp	Vie autonome
Lésions médullaires Ontario	http://www.sciontario.org/page/ottawa/services-en-fran%C3%A7ais	Lésions de la moelle épinière
Amputés de guerre	http://www.waramps.ca/cipa/ressources.html	Brochures de ressources pour les amputés de guerre

Tableau 1 – Sites Web d'organisations offrant des services aux personnes handicapées.

Conclusion

Les militaires souffrant de lésions corporelles ou de troubles mentaux ont de meilleures chances de traverser avec succès les différentes phases du rétablissement, de la réadaptation et de la reprise du service militaire si l'on parvient à réduire la stigmatisation. Ce phénomène est bien réel, et la douleur psychologique et émotionnelle qui y est associée porte atteinte au militaire souffrant de lésions corporelles ou de trouble mental, à sa famille et à ses amis. Je peux moi-même, G. Robert Arrabito (premier auteur du présent article), attester des effets néfastes de la stigmatisation, car j'ai un handicap. À ma naissance, on a diagnostiqué chez moi une maladie oculaire qui a abouti à la cécité totale. Il m'arrive de subir de la stigmatisation et de la discrimination dans différentes sphères de ma vie, mais ces expériences ne sont pas fréquentes et ont peu d'impact sur mon bien-être subjectif. Dans bien des cas, j'attribue les comportements irrespectueux à l'ignorance, et je saisis l'occasion de sensibiliser les gens à mes capacités dans le but de réduire la stigmatisation. J'accepte mon handicap et je n'ai pas honte de demander de l'aide au besoin. De même, si les militaires souffrant de lésions corporelles ou de troubles mentaux désirent vivre une expérience satisfaisante dans le service au Canada, ils devraient pouvoir demander un traitement sans craindre d'être stigmatisés et pouvoir retourner à leurs fonctions militaires dès que possible.

Le retour au travail des militaires souffrant de lésions corporelles ou de troubles mentaux comporte des avantages aussi bien pour l'employeur que pour l'employé. La compréhension et l'acceptation des militaires atteints, physiquement ou mentalement, peuvent déboucher sur de nouvelles pistes de réflexion et, au bout du compte, améliorer l'efficacité opérationnelle des FAC. Un principe important consiste à traiter ces militaires comme ils aimeraient l'être.

Les FAC font des percées remarquables dans l'implantation d'une culture de compréhension et d'acceptation des militaires souffrant de lésions corporelles ou de troubles mentaux, qui devrait s'accompagner d'une transformation durable. Les Forces évaluent continuellement l'efficacité des programmes et des politiques qui intègrent des composantes de réduction de la stigmatisation, et agissent pour corriger les lacunes dans le bien-être des militaires souffrant de lésions corporelles ou de troubles mentaux. Des mesures pour vaincre la stigmatisation doivent être prises non seulement par les militaires bien portants, mais également par les militaires atteints. En effet, la participation active des militaires souffrant de lésions corporelles ou de troubles mentaux est essentielle dans leur rétablissement.

Nous devons poursuivre notre combat contre la stigmatisation, car il ne fait aucun doute que les membres des FAC continueront d'entreprendre de nouvelles missions périlleuses au Canada et à l'étranger. Si nous voulons au moins maintenir la participation des militaires souffrant de lésions corporelles ou de troubles mentaux (qui comprennent les problèmes de santé mentale) dans les années à venir, nous devons réduire la stigmatisation de manière à ce que les membres des FAC se sentent à l'aise de révéler le plus tôt possible les problèmes de santé mentale dont ils pourraient souffrir, comme ils le feraient s'il s'agissait de problèmes de santé physique. Plus vite un problème de santé mentale est décelé, plus rapide est l'intervention et meilleure est l'issue sur le plan de la santé. La souffrance silencieuse des militaires atteints d'un trouble mental mine leur existence et, au bout du compte, sape leur état de préparation et leur efficacité militaire.



Photo du MDN AR2010-0320-33 prise par le sergent Daren Kraus

Des membres du 2^e Régiment du génie de combat (2 RGC) font une pause pendant une patrouille en Afghanistan, le 28 octobre 2010.

NOTES

1. DOAD 5023-1 – Critères minimaux d'efficacité opérationnelle liés à l'universalité du service.
2. Instruction 05/03 du SMA (RH-MIL) Politique et directives générales de retour au travail des Forces canadiennes.
3. Catherine E. Ross and John Mirowsky, "Does employment affect health?," in *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 36, No. 3, (1995), pp. 230-243.
4. Todd D. Nelson, *The Psychology of Prejudice*. (Boston, MA: Pearson Education, Inc., 2006).
5. *Ibid*, p. 7.
6. « La violence et la maladie mentale », Association canadienne pour la santé mentale, disponible à l'adresse http://www.cmha.ca/fr/mental_health/la-violence-et-la-maladie-mentale/#.UuaFSPso5kg, consulté le 12 novembre 2011.
7. Erving Goffman, *Stigmate : [Les usages sociaux des handicaps]*, traduit de l'anglais par Alain Kihm, Paris, Éditions de Minuit, 1975.
8. Li Li and Dennis Moore, "Acceptance of disability and its correlates," in *Journal of Social Psychology*, Vol. 138, No. 1, (1998), pp. 13-25.
9. Laura Smart and Daniel M. Wegner, "The hidden costs of hidden stigma," in *The Social Psychology of Stigma*, Todd F. Heatherton, Robert E. Kleck, Michelle R. Hebl and Jay G. Hull (eds.). (New York: The Guilford Press, 2000), pp. 220-242.
10. Charlene DeLoach and Bobby G. Greer, *Adjustment to Severe Physical Disability: A Metamorphosis*. (New York: McGraw-Hill Book Co., 1981).
11. Smart and Wegner, p. 221.
12. « Maintenir une bonne santé mentale », Association canadienne pour la santé mentale, disponible à l'adresse <http://mentalhealthweek.cmha.ca/fr/comprendre-la-sante-mentale/maintenir-une-bonne-sante-mentale/>, consulté le 17 octobre 2011.
13. Ellen Frank and David J. Kupfer, "Depression as a mental illness," in *Perspectives on Disability*, Mark Nagler (ed.), 2nd edition. (Palo Alto, CA: Health Markets Research, 1993), pp. 379-384.
14. « 8^e Bulletin national annuel sur la santé », Association médicale canadienne, disponible à l'adresse http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content/Images/Inside_cma/Annual_Meeting/2008/GC_Bulletin/National_Report_Card_FR.pdf, consulté le 9 septembre 2011.
15. *Ibid*, p. 4.
16. Deniz Fikretoglu, Stéphane Guay, David Pedlar, and Alain Brunet, "Twelve month use of mental health services in a nationally representative, active military sample," in *Medical Care*, Vol. 46, No. 2, (2008), pp. 217-223.
17. « Comprendre la maladie mentale », Association canadienne pour la santé mentale, disponible à l'adresse <http://www.cmha.ca/fr/sante-mentale/comprendre-la-maladie-mentale/>, consulté le 20 mars 2011.
18. Robert E. Kleck, "Physical stigma and task oriented interactions," in *Human Relations*, Vol. 22, No. 53, (1969), pp. 53-60.
19. « 8^e Bulletin national annuel sur la santé », p. 4.
20. Jack K. Martin, Bernice A. Pescosolido, and Steven A. Tuch, "Of fear and loathing: The role of 'disturbing behavior,' labels, and causal attributions in shaping public attitudes toward people with mental illness," in *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 41, No. 2, (2000), pp. 208-223.
21. Jack K. Martin, Bernice A. Pescosolido, Sigrun Olafsdottir, and Jane D. McLeod, "The construction of fear: Americans' preferences for social distance from children and adolescents with mental health problems," in *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 48, No. 1, (2007), pp. 50-67.
22. Goffman, p. 30.
23. DeLoach and Greer, p. 104.
24. Susan Noakes, "Living with depression: The reality," in *Every Family in the Land: Understanding Prejudice and Discrimination against People with Mental Illness*, Arthur H. Crisp (ed.). (London: Royal Society of Medicine Press Ltd, 2004), pp. 54-56.
25. Mary Gullekson, "Stigma: Families suffer too," in *Stigma and Mental Illness*, Paul J. Fink and Allan Tasman (eds.). (Washington: American Psychiatric Press, 1992), pp. 11-12.
26. Harriet P. Lefley, "The stigmatized family," in *Stigma and Mental Illness...*, pp. 127-138.
27. Teresa L. Scheid, "Stigma as a barrier to employment: Mental disability and the Americans with Disabilities Act," in *International Journal of Law and Psychiatry*, Vol. 28, No. 6, (2005), pp. 670-690.
28. Gwen E. Jones and Dianna L. Stone, "Perceived discomfort associated with working with persons with varying disabilities," in *Perceptual and Motor Skills*, Vol. 81, No. 3, (1995), pp. 911-919.
29. Cara Williams, *L'incapacité en milieu de travail*, Ottawa (Ont.), Statistique Canada, 2006.
30. Patrick W. Corrigan and David L. Penn, "Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma," in *American Psychologist*, Vol. 54, No. 9, (1999), pp. 765-776.
31. *Ibid*, p. 767.
32. "Television's The Apprentice sets a bad example of how to handle mental illness in the workplace," Centre for Addiction and Mental Health, disponible à l'adresse http://www.camh.ca/en/hospital/about_camh/newsroom/news_releases_media_advisories_and_backgrounders/archives/2004/Pages/Editorial-in-response-to-the-TV-show-The-Apprentice.aspx, consulté le 15 novembre 2013.
33. *Ibid*, p. 767.
34. *Ibid*, p. 767.
35. *Ibid*, p. 768.
36. *Ibid*, p. 769.
37. *Ibid*, p. 771.
38. *Ibid*.
39. *Ibid*, p. 768.
40. CANFORGEN 093/08.
41. Kimberly Guest, *Bureau des conférenciers conjoint – Santé mentale et les blessures liées au stress opérationnel – Favoriser la croissance en santé mentale*, Ottawa (Ont.), Défense nationale et les Forces canadiennes, 2009.
42. « Carte de référence du programme En route vers la préparation mentale », Défense nationale et les Forces armées canadiennes, disponible à l'adresse <http://www.forces.gc.ca/fr/communaute-fac-services-sante-rvpm-deploiement/carte-de-poche.page?>, consulté le 9 novembre 2013.
43. Megan M. Thompson and Donald R. McCreary, *Attitudes and attitude change: Implications for the OSISS Speakers Bureau Programme* (Technical Memorandum No. TM 2003-126). Toronto: Defence Research and Development Canada – Toronto, 2003.
44. Guest, p. 10.
45. « Rapport du Médecin-chef, 2010 », Services de santé des Forces canadiennes, disponible à l'adresse http://publications.gc.ca/collections/collection_2011/dn-nd/D3-26-2010-fra.pdf, consulté le 15 novembre 2013.
46. "Soldier On," Canadian Forces Personnel Support Agency, disponible à l'adresse <http://www.qcc-canada.com/downloads/troops/Soldier%20On.pdf>, consulté le 15 novembre 2013. [Document en français « Le programme Sans limites », disponible à l'adresse http://www.qccanada.com/troops_f.shtml]
47. Kelly P. Arbour, Amy E. Latimer, Kathleen A. Martin Ginis and Mary E. Jung, "Moving beyond the stigma: The impression formation benefits of exercise for individuals with a physical disability," in *Adapted Physical Activity Quarterly*, Vol. 24, No. 2, (2007), pp. 144-159.
48. *Ibid*, p. 151.
49. "Fighting against stigma," *Globe and Mail*, 26 June 2009, disponible à l'adresse <http://www.theglobeandmail.com/globe-debate/fighting-against-stigma/article4194487>, consulté le 8 novembre 2013.
50. Marianne White, "Amputee soldier heads back to Afghanistan," *Canwest News Service*, 24 September 2009, disponible à l'adresse <http://www2.canada.com/windsorstar/news/story.html?id=da610abd-3c95-4069-a78b-e3a27519deaa>, consulté le 9 mars 2011.
51. Mary McFadyen, *Un long chemin vers la guérison : le combat contre les traumatismes liés au stress opérationnel – Deuxième examen des mesures du ministère de la Défense nationale et des Forces canadiennes relatives aux traumatismes liés au stress opérationnel*, Ottawa (Ont.), Ombudsman de la Défense nationale et des Forces canadiennes, 2008.
52. *Ibid*, p. 16.
53. Pierre Daigle, *À l'appui de la communauté de la Défense du Canada – Rapport annuel 2009-2010*, Ottawa (Ont.), Ombudsman de la Défense nationale et des Forces canadiennes, 2010.
54. Pierre Daigle, *Faire une différence – Rapport annuel 2010-2011*. Ottawa (Ont.), Ombudsman de la Défense nationale et des Forces canadiennes, 2011.
55. "Fighting against stigma," p. A16.