UN GUIDE D'INTRODUCTION POUR RÉDUIRE LA STIGMATISATION LIÉE À LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES AU SEIN DU SYSTÈME DE SANTÉ CANADIEN

PROTÉGER LES CANADIENS ET LES AIDER À AMÉLIORER LEUR SANTÉ

Agence de la santé publique du Canada
Public Health Agency of Canada

Canada

PROMOUVOIR ET PROTÉGER LA SANTÉ DES CANADIENS GRÂCE AU LEADERSHIP, AUX PARTENARIATS, À L'INNOVATION ET AUX INTERVENTIONS EN MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE.

— Agence de la santé publique du Canada

Also available in English under the title:
A Primer to Reduce Substance Use Stigma in the Canadian Health System

Pour obtenir plus d'information, veuillez communiquer avec :

Agence de la santé publique du Canada
Indice de l'adresse 0900C2
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Tél. : 613-957-2991
Sans frais : 1-866-225-0709
Téléc. : 613-941-5366
ATS : 1-800-465-7735
Courriel : hc.publications-publications.sc@canada.ca

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par la ministre de la Santé, 2020

Date de publication : janvier 2020

La présente publication peut être reproduite sans autorisation pour usage personnel ou interne seulement, dans la mesure où la source est indiquée en entier.

Cat. : HP35-127/2-2020F-PDF
ISBN : 978-0-660-33508-7
Pub. : 190505

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 3

COMMENT UTILISER CE GUIDE D'INTRODUCTION 4

LE BESOIN DE RÉDUIRE LA STIGMATISATION LIÉE À LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ 5

LE RÔLE DES ACTEURS CLÉS À TRAVERS L'ENSEMBLE DU SYSTÈME DE SANTÉ 9

INTERVENTIONS SYSTÉMIQUES PROMETTEUSES 10

CONCLUSION 25

AUTRES RESSOURCES DISPONIBLES DANS CETTE SÉRIE 26

ANNEXE – MODÈLE DES VOIES DE LA STIGMATISATION LIÉE À LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES MENANT À DES EFFETS SUR LA SANTÉ 27

RÉFÉRENCES 28

INTRODUCTION

La stigmatisation est de plus en plus reconnue comme étant un problème urgent de santé publique. Le rapport annuel 2019 de l'administratrice en chef de la santé publique (ACSP) sur les questions liées à la stigmatisation illustre comment la gamme des facteurs et des pratiques de la stigmatisation contribue, au long terme, à des iniquités sociales et en matière de santé (Agence de la santé publique du Canada, 2019). Le rapport insiste aussi sur l'augmentation importante des décès liés aux opioïdes, depuis les années 2000, au Canada, de même que sur la manière dont la stigmatisation liée à la consommation de substances au sein du système de santé agit comme un obstacle à la bonne santé et au bien-être des personnes qui consomment des substances. Ces problèmes ont galvanisé les chefs de file en santé publique à travers le pays.

L'objectif de ce guide d'introduction est de mobiliser les professionnels de la santé et autres intervenants du système de santé (p. ex., les directeurs d'hôpitaux; les autorités régionales de la santé; les gouvernements) pour qu'ils prennent des mesures visant à réduire la stigmatisation liée à la consommation de substances à travers tout le système de santé, en recourant à des interventions fondées sur des données probantes. Le rapport de l'ASCP s'intéresse aux diverses formes de stigmatisation (p. ex., celles liées au racisme, à l'homophobie ou au sexisme) et à leurs intersections, de même qu'il décrit les approches de réduction de la stigmatisation à divers niveaux (c.-à-d., aux niveaux de la population générale, institutionnel, interpersonnel et individuel). Pour sa part, la présente ressource met l'accent sur **la stigmatisation systémique liée à la consommation de substances et sur les pratiques prometteuses pour y réagir au sein du système de santé**.

Ce guide d'introduction s'articule autour de trois messages clés :

1. La stigmatisation liée à la consommation de substances est prévalente dans l'ensemble du système de santé et engendre des soins de santé de piètre qualité et des effets négatifs sur la santé.
2. La création d'un système de santé dénué de toute forme de stigmatisation requiert une action collaborative et un engagement soutenu de la part des acteurs clés **à travers** l'ensemble du système de santé.
3. Les efforts visant à réduire la stigmatisation liée à la consommation de substances au sein du système de santé doivent aussi reconnaître et aborder l'intersection des diverses formes de stigmatisation, y compris dans le cas d'initiatives non identifiées traditionnellement comme « interventions contre la stigmatisation ».

COMMENT UTILISER CE GUIDE D'INTRODUCTION

Ce guide d'introduction peut être employé de trois manières. Premièrement, il peut aider les professionnels de la santé et autres intervenants à **militer, au sein de leurs communautés professionnelles, pour une intervention collective** visant à réduire la stigmatisation liée à la consommation de substances dans le système de santé. Ce guide d'introduction permet d'illustrer pourquoi la stigmatisation liée à l'utilisation de substances est un problème pour tous les professionnels de la santé, indépendamment de leur discipline, et comment la stigmatisation influence négativement la qualité de la pratique clinique, ainsi que celle de la santé et du bien-être des patients.

Deuxièmement, ce guide d'introduction peut servir à **démontrer le besoin de changements systémiques** pour atténuer la stigmatisation liée à la consommation de substances au sein du système de santé. Ce guide illustre comment la stigmatisation est intégrée dans de nombreux aspects et pratiques du système de santé, souvent de manière subtile. Bien que l'éducation et la formation soient les stratégies habituelles pour aborder les questions de la stigmatisation, leur efficacité reste limitée quand elles ne s'accompagnent pas de changements généralisés dans la manière dont les institutions sont établies et dont elles servent les personnes qui consomment des substances.

Troisièmement, le guide d'introduction peut **orienter les chefs de file du système de santé et les décideurs vers des interventions fondées sur des données probantes** pouvant contribuer à la réduction de la stigmatisation liée à la consommation de substances au sein du système de santé. Le guide d'introduction fournit une vue d'ensemble des domaines d'action concrets et s'appuie sur des données probantes pour décrire comment il est possible de prévenir ou d'atténuer la stigmatisation. Cependant, ce guide d'introduction n'est pas un guide de mise en œuvre. Les intervenants devraient consulter et se référer à d'autres ressources (p. ex., des trousses d'outils; des programmes de formation), au besoin, pour prendre connaissance des orientations et des outils précis permettant de mettre en œuvre les approches d'intervention.

LE BESOIN DE RÉDUIRE LA STIGMATISATION LIÉE À LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ

MESSAGE CLÉ N° 1

La stigmatisation liée à la consommation de substances est prévalente dans l'ensemble du système de santé et engendre des soins de santé de piètre qualité et des effets négatifs sur la santé.

La consommation de substances est un thème transversal dans le système de santé canadien et ce, pour de multiples raisons. La plupart des Canadiens consomment des substances (médicales ou non médicales), sous une forme ou une autre et dans divers contextes. Plusieurs Canadiens ont accès à ces établissements de soins pour des traitements ou la gestion de problèmes de santé liés à la consommation de substances, dont les troubles liés à l'utilisation de substances et les maladies infectieuses et chroniques pour lesquelles la consommation de substances est un facteur de risques. Dans plusieurs établissements de santé, c'est généralement à l'occasion de l'accès routinier aux antécédents médicaux que la consommation de substances des patients est discutée. De plus, les professionnels de la santé prescrivent typiquement des substances aux patients pour traiter ou gérer la douleur et d'autres problèmes de santé. Malgré ces réalités, la stigmatisation liée à la consommation de substances est saillante au sein du système de santé (voir Encadré 1).

ENCADRÉ 1. La stigmatisation liée à la consommation de substances dans le système de santé.

La stigmatisation liée à la consommation de substances peut se refléter dans les politiques, les pratiques, la formation et la culture de travail du système de santé. À titre d'exemples, on citera le cas des politiques institutionnelles qui exigent une abstinence de toute substance de la part des patients avant que ceux-ci ne puissent profiter de certains services de santé; le cas des offres de services non représentatives de la variété des besoins qu'ont les personnes qui consomment des substances; le cas des possibilités limitées de formations sur les questions liées aux substances pour les étudiants et les professionnels de la santé en exercice. Tous sont des exemples d'une **stigmatisation systémique**.

La stigmatisation systémique renforce ou est renforcée par la **stigmatisation publique**. Les perceptions largement répandues qui attribuent la consommation de substances et les méfaits associés à un choix personnel, à une faiblesse, à une immoralité individuelle ou encore à un manque de volonté personnelle comptent parmi les moteurs principaux de la stigmatisation publique. Cette stigmatisation peut s'exprimer dans une variété de pratiques stigmatisantes, telles que l'évitement, la réprobation, le jugement à l'égard des personnes qui consomment des substances, y compris de la part des professionnels de la santé.

La stigmatisation peut aussi être intériorisée chez les personnes qui consomment des substances, menant à un sentiment de honte, à une diminution de l'auto-efficacité et à un isolement social, tous des expressions d'une **autostigmatisation**. L'autostigmatisation affecte à la fois les patients et les professionnelles de la santé qui consomment des substances.

RÉPERCUSSIONS SUR LES INTERACTIONS ENTRE LE PATIENT ET LE FOURNISSEUR DE SOINS ET SUR L'ACCESSIBILITÉ ET LA QUALITÉ DES SERVICES

Au niveau du rapport entre le fournisseur de soins et le patient, les manifestations de la stigmatisation liée à la consommation de substances ont des répercussions directes et négatives sur la communication et les relations, de même qu'elles créent des obstacles réduisant l'accès à des soins rapides, appropriés et empreints de compassion à l'égard des personnes qui consomment des substances. Du côté du fournisseur, les obstacles aux soins peuvent provenir d'un biais implicite ou explicite envers les personnes qui consomment des substances. Les biais implicites peuvent s'exprimer dans le fait qu'un professionnel de la santé accordera moins de temps aux patients qui consomment des substances ou à travers d'autres attitudes discrètes d'évitement (p. ex., contact visuel diminué; langage corporel fermé), alors que les biais explicites sont clairement visibles au sein d'interactions volontairement grossières (p. ex., comportement grossier reflétant des préjugés, traitement injuste comme menace à la sécurité, etc.) avec les patients qui consomment des substances ou à travers le refus de leur offrir d'intervenir médicalement pour traiter d'autres maladies ou pour gérer leur douleur. Ces obstacles sont le reflet d'une stigmatisation systémique ou publique.

Du côté du patient, les obstacles incluent des sentiments de malaise, de méfiance et de peur qui peuvent s'exprimer à travers une attitude défensive ou fuyante ou le fait de ne pas vouloir révéler des informations concernant leur consommation de substances ou tout autres détails concernant leurs antécédents médicaux. Ces obstacles sont le reflet d'une stigmatisation anticipée ou d'une autostigmatisation (p. ex., se sentir honteux, inférieur, responsable de sa maladie). Par exemple, la recherche montre que de nombreuses personnes à qui on a prescrit une thérapie aux opioïdes à long terme pour la gestion de douleurs chroniques rapportent n'avoir pas révélé aux professionnels de santé leurs inquiétudes personnelles vis-à-vis de leur consommation d'opioïdes par peur de voir leur traitement modifié (particulièrement discontinué) ou d'être étiquetées « droguées » (Larance et al., 2018). Dans de telles situations, la stigmatisation peut nuire au dépistage précoce, à la prévention, ou encore à la gestion adaptée d'un potentiel trouble lié à l'utilisation d'opioïdes chez les personnes qui utilisent des opioïdes d'ordonnance sur prescription médicale.

RÉPERCUSSIONS SUR LA SANTÉ DES PATIENTS

La stigmatisation liée à la consommation de substances au sein du système de santé engendre des effets défavorables sur la santé des personnes qui consomment des substances. Par exemple, la recherche canadienne fait ressortir la façon dont la stigmatisation liée aux opioïdes dans le système de santé a une influence négative sur la qualité de vie des patients, les menant à éviter les établissements de soins et augmentant les probabilités d'une automédication problématique (p. ex., en utilisant des opioïdes détournés) (Voon et al., 2018). Parmi les personnes souffrant de troubles liés à l'utilisation de substances, l'autostigmatisation est associée à de plus importantes difficultés physiques, sociales, intrapersonnelles et interpersonnelles en lien avec leur problème de santé (Kulesza et al., 2017). Bien que nous comptions sur le système de santé pour apporter des soins et appuyer la santé et le bien-être, la stigmatisation liée à la consommation de substances au sein des établissements de santé peut perpétuer une variété de méfaits liés à la consommation de substances.

RÉPERCUSSIONS SUR LES INIQUITÉS SOCIALES ET EN MATIÈRE DE SANTÉ

Au-delà de ces répercussions négatives sur la santé à l'échelle individuelle, la stigmatisation engendre des iniquités sociales et en matière de santé à l'échelle de la population générale. Certains groupes (p. ex., les peuples autochtones ou les personnes qui font l'expérience concrète de l'itinérance, de la pauvreté ou du chômage) sont affectés de manière disproportionnée par les méfaits liés à la consommation de substances (Feng et al., 2013; Buchanan, 2006). Ces méfaits (entre autres) sont exacerbés quand les systèmes ne sont pas pensés pour répondre aux besoins de ces groupes, comme cela est le cas dans les divers obstacles systémiques aux services et possibilités (p. ex., heures d'ouverture restreintes; non-prise en compte des différences en matière linguistique et de littératie; présentation d'une preuve d'adresse exigée; coûts). Ces obstacles sont l'expression d'une stigmatisation systémique qui dépasse la stigmatisation liée à la consommation de substances et limite l'accès au logement, à l'emploi, aux réseaux de soutien sociaux, à un revenu et aux services sociaux et de santé. Par conséquent, la stigmatisation systémique peut créer des iniquités ou les accroître parmi les personnes qui consomment des substances et parmi les membres d'autres groupes qui ont fait l'expérience concrète de la stigmatisation et de la marginalisation. Les liens dynamiques qui existent entre les iniquités sociales et en matière de santé, la stigmatisation et la consommation de substances sont représentés dans la Figure 1.

FIGURE 1 : Les relations dynamiques entre la consommation de substances, la stigmatisation et les iniquités sociales et en matière de santé.

Pour une illustration plus détaillée de la manière dont la stigmatisation liée à la consommation de substances mine la santé des personnes et engendre des inégalités en matière de santé, voir le Modèle des voies de la stigmatisation liée à la consommation de substances menant à des effets sur la santé (Annexe 1).

LE RÔLE DES ACTEURS CLÉS À TRAVERS L'ENSEMBLE DU SYSTÈME DE SANTÉ

MESSAGE CLÉ N° 2

La création d'un système de santé dénué de toute forme de stigmatisation requiert une action collaborative et un engagement soutenu de la part des acteurs clés à travers l'ensemble du système de santé.

L'engagement et la collaboration à travers l'ensemble du système de santé sont nécessaires pour espérer réduire efficacement la stigmatisation liée à la consommation de substances au niveau du système. Cela exigera une évaluation approfondie, ainsi que des efforts visant l'amélioration, d'une part, des règles, politiques, procédures, normes culturelles et valeurs des institutions de santé et, d'autre part, de la manière dont tous ces aspects ont des répercussions sur les personnes qui consomment des substances. Collectivement, les professionnels qui travaillent dans le système de santé ont plusieurs leviers à leur disposition pour réduire la stigmatisation systémique liée à la consommation de substances, notamment : l'élaboration de programmes de formation et de développement professionnels; la décision de financer tels ou tels programmes ou services; les politiques qui régissent la manière dont les établissements de santé fonctionnent; le temps que les fournisseurs de services peuvent passer avec les patients; la manière dont les installations sont conçues et décorées; le contenu et le ton du matériel de communication publié par les organisations de santé; la pratique et les interactions quotidiennes des fournisseurs de services avec les patients.

INTERVENTIONS SYSTÉMIQUES PROMETTEUSES

MESSAGE CLÉ N° 3

Les efforts visant à réduire la stigmatisation liée à la consommation de substances au sein du système de santé doivent aussi reconnaître et aborder l'intersection des diverses formes de stigmatisation, y compris dans le cas d'initiatives non identifiées traditionnellement comme « interventions contre la stigmatisation ».

Cette section décrit les approches prometteuses d'intervention visant à réduire la stigmatisation liée à la consommation de substances, les données probantes les appuyant et des exemples de ce à quoi « ressemblent » ces approches dans le système de santé. Ces approches d'intervention se divisent en trois larges catégories :

1. Les efforts visant à formellement **aborder les iniquités sociales et en matière de santé** parmi les personnes qui consomment des substances et les autres groupes de la population qui font l'expérience concrète de la stigmatisation et de la marginalisation;
2. Les efforts particulièrement destinés à **réduire la stigmatisation** et qui ont été mis en application pour atténuer un large éventail de formes de stigmatisation, dont celle liée à la santé mentale, au poids, au suicide, etc.; et
3. Les efforts visant à **améliorer les soins et les aides aux personnes qui consomment des substances**.

LES INIQUITÉS SOCIALES ET EN MATIÈRE DE SANTÉ

1. INTERVENTIONS AXÉES SUR L'ÉQUITÉ

Contexte : Les « interventions axées sur l'équité » cherchent à rendre les institutions et les systèmes plus accessibles, plus humanistes et plus sécuritaires pour les personnes, afin de mieux répondre à leurs divers besoins et de prévenir les méfaits. Compte tenu des nombreux liens qui existent entre la stigmatisation liée à la consommation de substances et les iniquités sociales et en matière de santé (tels que décrits ci-dessus), les interventions axées sur l'équité se présentent comme une approche pertinente pour atténuer les nombreuses formes de stigmatisation que vivent les personnes qui consomment des substances. Des exemples précis d'interventions axées sur l'équité ont fait la preuve de leur efficacité pour réduire la stigmatisation, dont les politiques, programmes et pratiques qui tiennent compte des traumatismes et de la violence, la sécurisation culturelle et les services et aides axés sur la réduction des méfaits. Il est important de noter que ces interventions peuvent être utilisées indépendamment les unes des autres ou être combinées (voir Encadré 2).

i. Politiques, programmes et pratiques tenant compte des traumatismes et de la violence

Contexte : Les traumatismes débutent avec un ou plusieurs événements ou expériences qui ébranle(nt) le mécanisme d'adaptation habituel d'une personne. Les expériences traumatiques peuvent être interpersonnelles ou systémiques et sont singulières à chaque personne. Elles incluent, par exemple, des événements tels que les catastrophes naturelles, le fait d'être témoin soit d'actes de violence soit de politiques structurelles (comme *La Loi sur les Indiens* ou le système des pensionnats autochtones). Les expériences traumatiques sont particulières à chaque personne et ce qui est traumatisant pour l'une peut ne pas l'être pour l'autre. Il existe des réactions physiques et psychologiques en réponse à un traumatisme; dans les deux cas, il s'agit de réactions normales à des situations anormales, extrêmes ou injustes (Covington, 2008). Les approches tenant compte des traumatismes et de la violence reconnaissent que les expériences traumatiques et violentes – à la fois interpersonnelles et systémiques – sont répandues et ont des répercussions à long terme sur le développement et le comportement d'une personne.

Objectifs de l'intervention : Les approches tenant compte des traumatismes et de la violence ont pour objectif de prévenir les méfaits et d'éviter la retraumatisation des personnes en créant des espaces sécuritaires, en favorisant la compassion et la collaboration, et en exploitant les forces des personnes pour appuyer l'acceptation et la résilience.

Répercussions sur la stigmatisation liée à la consommation de substances : Les approches tenant compte des traumatismes et de la violence peuvent atténuer la stigmatisation liée à la consommation de substances en reciblant le raisonnement de « Quel est votre problème? » à « Que vous est-il arrivé? ». Cette stratégie a une influence bénéfique sur la réduction des reproches ou de l'humiliation que subissent les

personnes au regard de leur situation et elle se concentre sur l'accès à des soins sûrs et empreints de compassion qui pourront améliorer la santé des patients (Knaak et al., 2019).

Exemples d'approche d'intervention :

- Tout le monde peut établir un environnement tenant compte des traumatismes et de la violence, et il n'est pas nécessaire d'être un professionnel spécialiste des questions liées aux traumatismes pour mettre en place de telles approches. Les pratiques tenant compte des traumatismes et de la violence peuvent être appliquées, sans distinction, dans tous établissements de services (c.-à-d., non uniquement dans les cas où l'on soupçonne l'existence de traumatismes). On inclut dans les approches tenant compte des traumatismes et de la violence, d'une part, le fait de reconnaître les services potentiellement retraumatisants ou les pratiques des établissements de services de santé qui peuvent déclencher ou causer de la panique ou de la peur chez les patients qui ont vécu une expérience traumatisante concrète (p. ex., l'utilisation d'accessoires buccaux dans les cabinets dentaires, le recours aux contentions physiques et à l'isolement dans les établissements d'hospitalisation psychiatriques; être dans une position physique vulnérable pendant un examen médical) et, d'autre part, les efforts qui sont faits, quand cela est possible, pour offrir d'autres options.
- Les approches tenant compte des traumatismes et de la violence pourraient aussi se traduire par des stratégies relativement simples comme une communication centrée sur le patient ou client (p. ex., demander ce qui pourrait être faire pour mettre le patient ou client à l'aise; recourir à la stratégie « dire, montrer, faire » pour expliquer à un patient ou client ce que la procédure implique et, ainsi, tenter de calmer l'anxiété liée à l'inconnu) et des efforts pour rendre le cadre bâti moins austère, plus apaisant et accueillant (Raja et al., 2014; Muskett, 2014).

ii. Sécurisation culturelle

Contexte : La sécurisation culturelle a été catalysée comme un modèle de soins par les professionnels de la santé autochtones en Nouvelle-Zélande. Ce modèle est particulièrement important pour les patients qui s'identifient comme étant autochtones, mais est également pertinent pour d'autres groupes prioritaires, dont les personnes transgenres et les membres de communautés racisées (Kellet et Fitton, 2017; Bailey et al., 2017). Les modèles de soins sécuritaires adaptés à la réalité culturelle reconnaissent et tentent de combattre le racisme systémique et le déséquilibre des pouvoirs qui existent au sein des systèmes de santé sur la base des différences culturelles. Les soins sécuritaires adaptés à la réalité culturelle correspondent à une pratique de soins qui vise à répondre aux formes de discrimination, tels les relations de pouvoir inégales et le racisme interpersonnel et institutionnalisé contre les cultures non occidentales (p. ex., autochtones) qui persistent en raison d'iniquités passées et présentes en matière de santé (Browne et al., 2015).

Objectifs de l'intervention : Le but de la sécurisation culturelle est de s'assurer que toutes les personnes qui interagissent avec un fournisseur ou une institution de services sont en mesure de le faire en se sentant respectées et en sécurité physiquement, émotionnellement, socialement et spirituellement, indépendamment de leur culture ou de leurs identités exprimées ou présumées.

Répercussions sur la stigmatisation liée à la consommation de substances : Quand les professionnels de la santé adoptent un modèle de soins sécuritaires adaptés à la réalité culturelle, ils sont en mesure de tendre vers la validation de l'identité culturelle d'une personne, de créer une confiance et une empathie mutuelles et de contrer les déséquilibres des pouvoirs. Comprendre la manière dont la culture et les autres aspects de la vie d'une personne se croisent (y compris la consommation de substances et le diagnostic de santé mentale) contribuera à créer un plan de soin particulier qui améliorera la santé et le bien-être du patient.

Exemples d'approche d'intervention :

» Parmi les exemples d'interventions de sécurisation culturelle spécifiques, se trouvent : l'embauche et le soutien de professionnels de la santé autochtones; la formation des professionnels de la santé à l'humilité culturelle (c.-à-d., des professionnels de la santé qui prennent conscience de leurs propres biais et des déséquilibres de pouvoirs qui entourent les cultures (Muise, 2019)); les efforts visant à appuyer la légitimité et l'efficacité des techniques de guérison traditionnelles (qui peuvent inclure la prière, la purification, la mise en valeur de l'énergie, les cercles de guérison, etc.); mettre à disposition des clients les ressources adéquates et les orienter pour leur permettre d'accéder à ces services adaptés à la réalité culturelle.

iii. Accessibilité aux services et aides axés sur la réduction des méfaits

Voir la section « Consommation de substances » (page 22) pour de plus amples informations sur les services et aides axés sur la réduction des méfaits.

ENCADRÉ 2. Une intervention complète axée sur l'équité

La recherche visant à fournir des soins de santé primaires axés sur l'équité (EQUIP) est une intervention systémique, qui englobe de multiples stratégies visant à assurer des soins équitables, dont ceux qui tiennent compte des traumatismes et de la violence, la sécurisation culturelle et la réduction des méfaits (tel qu'esquissé ci-dessus) (Ford-Gilboe et al., 2018). Ce faisant, EQUIP a mis sur pied une approche d'intervention conçue pour donner les moyens aux cliniques de soins primaires d'adopter et de maintenir une approche de soins axée sur l'équité (Browne et al., 2015). L'intervention utilise des modules de formation pour accroître, d'une part, le niveau de connaissance du personnel au sujet des soins axés sur l'équité au niveau organisationnel et, d'autre part, la capacité à modifier les politiques et les pratiques.

2. INITIATIVES VISANT À PRÉVENIR ET À GÉRER LE STRESS ASSOCIÉ À UN TRAUMATISME ET L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL CHEZ LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Contexte : Quand ils exercent dans des environnements qui les exposent à des situations très stressantes, les professionnels de la santé risquent de souffrir de stress associé à un traumatisme ou d'épuisement. Le stress associé à un traumatisme (p. ex., traumatisme vicariant; stress traumatique secondaire; fatigue de compassion) est spécifiquement lié au fait de travailler avec des patients qui partagent des expériences traumatisantes, alors que l'épuisement professionnel est un phénomène plus général, qui peut avoir lieu dans n'importe quel environnement de service de santé et qui résulte d'un stress chronique (p. ex., longues journées de travail, manque de personnel). Ces formes de stress, quoique distinctes l'une de l'autre, sont reliées et peuvent se manifester conjointement, de même qu'elles peuvent toutes deux nuire à la santé et au bien-être des professionnels de la santé et diminuer la qualité des soins.

Objectifs de l'intervention : Les initiatives visant à prévenir et à gérer le stress associé à un traumatisme et l'épuisement chez les professionnels de la santé ont pour objectif d'offrir l'appui nécessaire aux fournisseurs de soins de santé occupant diverses fonctions pour garantir que le fournisseur de soins de santé est en mesure d'apporter les meilleurs soins possibles aux patients ou clients.

Répercussions sur la stigmatisation liée à la consommation de substances : Les liens qui existent entre le stress associé à un traumatisme, l'épuisement et la stigmatisation sont particulièrement saillants dans le contexte de la crise des opioïdes actuelle. De récentes recherches menées au Canada montrent comment l'épuisement professionnel, la fatigue de compassion et le traumatisme vicariant chez les premiers répondants et les professionnels de la santé interagissant avec des patients ou clients faisant l'expérience de méfaits liés à la consommation de substances contribuent à un éloignement émotionnel et comportemental, à une déconnexion et à une apathie ayant tous des répercussions négatives sur les soins dispensés (Knaak et al., 2019). Les recherches révèlent que le stress associé à un traumatisme et l'épuisement professionnel se manifestent de nombreuses autres façons, notamment à travers la colère et l'irritabilité, la capacité réduite de démontrer de la sympathie ou de l'empathie, un sentiment de plaisir ou de satisfaction diminué envers son travail, un absentéisme accru et une aptitude affaiblie à prendre des décisions et à soigner les patients (Mathieu, 2007; Patel et al., 2019). Les interventions sur le stress associé à un traumatisme et l'épuisement professionnel peuvent donner de meilleurs moyens aux professionnels de la santé de fournir le niveau de soutien que leur profession exige.

Exemples d'approche d'intervention :

» Les déficiences continues du système, dont l'insuffisance des ressources, les piètres conditions de travail (p. ex., les longues journées), le manque d'effectifs et l'accès inadapté aux traitements et aux soins pour les patients, peuvent augmenter les risques de stress associé à un traumatisme et d'épuisement des professionnels de la santé (Knaak et al., 2019). Les risques et les répercussions du stress associé à un traumatisme et de l'épuisement professionnel peuvent être atténués à l'aide d'une variété

d'interventions à l'échelle de l'organisation. Cela inclut les interventions centrées sur la santé mentale et la résilience au travail, la formation sur les soins et les pratiques qui tiennent compte des traumatismes et de la violence (en appuyant les fournisseurs de services dans la gestion des traumatismes vicariants et autres expériences stressantes), ainsi que les soutiens et la culture organisationnels qui appuient la santé mentale et le bien-être des professionnels de la santé (Knaak et al., 2019).

» Une méta-analyse récente a relevé que les interventions au niveau structurel ou organisationnel qui ont lieu dans les établissements de santé (p. ex., journées moins longues pour les médecins résidents; divers changements aux procédures de travail clinique) sont moins fréquentes, quoique tout aussi efficaces, que celles au niveau individuel (p. ex., formations en autogestion des soins, apprentissage de la pleine conscience) et a laissé entendre que les deux approches sont nécessaires (West et al., 2016). Il est important que les fournisseurs de services directs et les éducateurs comprennent les facteurs de risques et les symptômes liés au stress associé à un traumatisme et à l'épuisement, afin d'en identifier, d'en prévenir ou d'en réduire les effets. Cette information peut imprégner les curriculums des apprentis et faire partie de la formation des professionnels de la santé qui sont déjà sur le terrain.

3. DISPONIBILITÉ DE SERVICES ENVELOPPANTS COMPLETS

Contexte : Les services enveloppants relèvent d'un modèle complet de soins qui a pour objectif de répondre aux besoins particuliers et individuels du client, dans leur ensemble. Ce modèle de soins « enveloppe » le client, au sens littéral du terme, en abordant divers aspects de sa vie, afin qu'il reçoive les soins les mieux adaptés à ses besoins particuliers. Si les services essentiels concernant directement le diagnostic et le traitement des problèmes de santé liés à la consommation de substances sont cruciaux (services de gestion du sevrage, psychothérapie), les services enveloppants permettent, eux, d'établir plusieurs autres croisements avec les besoins à combler du patient ou client (services de garde et services à l'enfance et aux familles, programmes de nutrition, aides au logement, services culturels, appuis aux femmes victimes de violences conjugales, dépistage du VIH et services médicaux primaire).

Objectifs de l'intervention : Les services enveloppants cherchent à gérer, dans leur ensemble, les problèmes en cooccurrence du patient, ainsi qu'à améliorer de manière simultanée le bien-être, la santé et l'autonomisation du patient.

Répercussions sur la stigmatisation liée à la consommation de substances : Des décennies de données probantes issues de la recherche indiquent que le fait, pour des personnes souhaitant recevoir des soins pour des problèmes de santé liés à la consommation de substances, d'avoir accès à des services enveloppants est associé à une amélioration des rapports avec le patient ou client et de sa rétention, ainsi qu'à de meilleurs résultats pour la santé du patient, qui seront aussi mieux maintenus (Marsh, Smith, et Bruni, 2011; McLellan et al., 1998; Marsh, D'Auno, et Smith, 2000). Une étude récente a noté que, quand vient le temps d'offrir des services enveloppants, les établissements de services de santé sont souvent plus réceptifs aux besoins particuliers d'un certain type de clients (p. ex., les femmes, les adolescents, les victimes de traumatismes) plutôt qu'à d'autres (p. ex., ceux envoyés par un système de justice pénale) (Paino, Aletraris, et Roman, 2016). Cette

recherche souligne l'importance pour les systèmes de santé d'être sensibles et attentifs aux besoins englobants de tous les clients ou patients, particulièrement à ceux des personnes les plus marginalisées. Compte tenu des obstacles que doivent surmonter les personnes qui consomment des substances en matière de soins, les services enveloppants offrent une méthode holistique de soins qui peut aider à réduire l'autostigmatisation des patients, en allégeant leur sentiment de n'être « qu'un simple drogué » et en encourageant leur autoréflexion en tant que personne tout entière.

Exemples d'approche d'intervention :

- Les services enveloppants peuvent être mis en œuvre dans plusieurs établissements (p. ex., les soins de santé primaires; les centres de traitement des dépendances; les cliniques sans rendez-vous) pour offrir aux clients ou patients un « guichet unique » de soins. Ces établissements offriraient un appui à divers aspects de la vie d'une personne qui se croisent, notamment : les soins médicaux; la santé mentale; les services de garde; les problèmes familiaux, éducatifs ou professionnels; les problèmes liés au logement ou à la mobilité; les problèmes financiers ou légaux. Les services spécifiques que reçoit ou auxquels est attaché un patient ou client sont le reflet des besoins particuliers de cette personne et du contexte dans lequel elle se trouve.

LA STIGMATISATION

1. INTERVENTIONS FONDÉES SUR L'ÉCHANGE

Contexte : Les programmes fondés sur l'échange font référence aux interventions où les personnes qui ont fait ou font l'expérience concrète d'une situation stigmatisante (tel le trouble lié à l'utilisation de substances ou le diagnostic de santé mentale) interagissent avec le public ou avec des groupes spécifiques (p. ex., les professionnels de la santé) qui n'ont, eux, pas fait l'expérience concrète de la situation stigmatisante, afin de décrire les défis qu'ils rencontrent et de partager leurs récits de réussites (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2016). Ces échanges deviennent alors un moyen de déstigmatiser leur situation (Shera, 1996).

Objectifs de l'intervention : Les interventions fondées sur l'échange cherchent à favoriser une interaction et une connexion positives entre les personnes avec et sans identités stigmatisées pour dépasser les attitudes négatives qu'engendre le manque d'échanges ou le manque d'occasions de voir les personnes comme des êtres uniques et entiers. Ces interventions permettent aux personnes qui ont fait ou font l'expérience concrète de la stigmatisation d'interagir avec le public ou avec des groupes spécifiques et de partager avec eux les défis qu'ils rencontrent et leurs récits de réussites, soit en personne soit en ligne par le biais des outils numériques.

Répercussions sur la stigmatisation liée à la consommation de substances : Des données méta-analytiques probantes ont démontré l'efficacité des interventions fondées sur l'échange dans la réduction de l'autostigmatisation et la stigmatisation publique liée à la maladie mentale, de même que son impact supérieur à celui des efforts éducatifs

traditionnels (Corrigan et al., 2012). Bien que ces approches n'aient pas encore été largement mises en application pour répondre à la stigmatisation liée à la consommation de substances, leur application dans le contexte de la santé mentale est un point de référence pertinent (Stuart, 2019) et les données disponibles à ce jour laissent entendre que les approches fondées sur l'échange représenteraient une pratique prometteuse pour lutter contre la stigmatisation liée à la consommation de substances. (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2016).

Exemples d'approche d'intervention :

- Les approches fondées sur l'échange sont le plus souvent mises en application à travers des efforts éducatifs, comme moyen de parler de la stigmatisation sociale. Un exemple de cela est l'initiative anti-stigmatisation « Changer les mentalités » de la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC). Cette initiative vise à changer les attitudes et les comportements négatifs que les Canadiens peuvent avoir à l'égard des personnes souffrant de maladies mentales. La CSMC a fait valoir ses programmes fondés sur les échanges à travers des sessions éducatives où les personnes qui ont souffert ou souffrent de maladies mentales partagent leurs récits personnels et parlent de la manière dont ils ont vécu leur phase de rétablissement ou de celle dont ils gèrent leurs maladies mentales (Stuart et al., 2014). Cette intervention a prouvé qu'elle avait des résultats positifs chez une variété de groupes de la population, notamment les jeunes, les travailleurs, les médias et les professionnels de la santé (Stuart et al., 2014).
- Les interventions fondées sur l'échange peuvent aussi être subtilement intégrées aux processus institutionnels, comme, par exemple, à travers l'inclusion des personnes qui ont fait ou font l'expérience concrète de la stigmatisation à la planification et l'évaluation des programmes et des politiques, au curriculum des apprentis professionnels de la santé et au soutien aux pairs (voir ci-dessous).

2. SERVICES DE SOUTIEN AUX PAIRS

Contexte : Les services de soutien aux pairs renvoient à l'inclusion des personnes qui ont fait ou font l'expérience concrète d'une situation stigmatisante (p. ex., le trouble lié à l'utilisation de substances, la maladie mentale, l'itinérance) au sein d'une plus large équipe de prestation de services de santé. Les services de soutien aux pairs ont pour but d'apporter de l'autoefficacité, une meilleure collaboration avec les soutiens sociaux, des capacités d'adaptation saines et une réduction de l'autostigmatisation (Tracy et Wallace, 2016; Reif et al., 2014; Morgenstern et al., 1997; Greer et al., 2016). Les travailleurs agissant dans le soutien aux pairs peuvent aussi offrir un point de vue incomparable de leur expérience personnelle avec les patients, qui peut améliorer les traitements, réduire la stigmatisation à la fois personnelle et structurelle en faisant entendre la voix des personnes qui ont fait ou font l'expérience de la stigmatisation dans les politiques et les procédures qui portent sur leur bien-être, ainsi qu'augmenter le niveau d'autoefficacité (Reif et al., 2014; Tracy et Wallace, 2016).

Objectifs de l'intervention : Les travailleurs agissant dans le soutien aux pairs cherchent à apporter du soutien aux patients qui consomment des substances en faisant preuve d'empathie, en proposant des stratégies d'adaptation et en combattant l'autostigmatisation et les autres formes de stigmatisation liée à l'appartenance à un groupe marginalisé de la population. (Bassuk et al., 2016; Krawczyk et al., 2018).

Répercussions sur la stigmatisation liée à la consommation de substances : Les services de soutien aux pairs incorporent des interventions fondées sur l'échange dans la pratique quotidienne. Les pairs aidants s'appuient sur leur savoir expérientiel (auquel s'ajoute bien souvent une formation officielle) pour offrir un soutien non-clinique qui aidera les autres à entamer et maintenir un processus de rétablissement et à améliorer la qualité de leur vie personnelle et familiale. Les services de soutien aux pairs profitent, à la fois, aux personnes qui recherchent du soutien pour des problèmes liés à leur consommation de substances et aux personnes qui adoptent le rôle de pair. Ces services sont associés à des améliorations notables dans une gamme de résultats concernant la consommation de substances et le rétablissement (p. ex., en ce qui concerne la réhospitalisation, la stabilité du logement, la durée des traitements) chez les patients souffrant de troubles liés à l'utilisation de substances (Bassuk et al, 2016). Pour les pairs aidants, ce rôle peut leur offrir une occasion de développement personnel (p. ex., en termes d'estime personnelle améliorée, de capacité à gérer ses propres problèmes de santé, de sentiment d'autonomisation et d'espoir) et professionnel (p. ex., en améliorant ses compétences professionnelles et en développant des réseaux professionnels et sociaux) (Solomon, 2004).

Exemples de services de soutien aux pairs :

» Aux États-Unis, *Veterans Affairs* est en train d'intégrer les services de soutien aux pairs *à* leur équipe de gestion de cas, dans le cadre de leur stratégie de réponse à la stigmatisation envers les personnes souffrant de maladies mentales. Les résultats ont été positifs, démontrant une légère augmentation de l'activation des patients. De plus, les travailleurs agissant dans le soutien aux pairs ont aussi développé des liens étroits avec les anciens combattants et ont aidé aux tâches liées à la gestion des cas (Chinman et al., 2015).

3. USAGE D'UN LANGAGE ET DE REPRÉSENTATIONS NON STIGMATISANTS À L'ÉGARD DE LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES OU DES PERSONNES QUI CONSOMMENT DES SUBSTANCES

Contexte : Il existe de nombreux termes et expressions stigmatisants pour parler de la consommation de substances, dont ceux qui décrivent les personnes qui en consomment (p. ex., « abuseur de drogues »; « toxicomane »; « drogué »). Ce type de langage suggère que la consommation de substances et les méfaits associés sont le reflet d'un choix personnel, d'une défaillance morale et qu'il s'agit là d'une caractéristique qui définit la personne. L'usage d'un langage et d'images peuvent véhiculer des préjugés implicites ou explicites au sein de la population générale (Kelly, Saitz, et Wakeman, 2016), de même que chez les professionnels de la santé, influençant du même coup leurs perceptions vis-à-vis de la culpabilité des patients et de leur besoin de traitements (Kelly et Westerhoff, 2010; Kelly, Dow, et Westerhoff, 2010).

Objectifs de l'intervention : Employer un langage et des représentations non stigmatisants à l'égard de la consommation de substances ou des personnes qui consomment des substances vise à lutter contre la stigmatisation en caractérisant les individus comme des personnes, tout d'abord, et non simplement par le fait qu'ils consomment des substances.

Répercussions sur la stigmatisation liée à la consommation de substances : La recherche a noté que le langage employé par les professionnels de la santé pour parler des problèmes de santé liés à la consommation de substances (p. ex., le TSAF; les troubles liés à l'utilisation de substances) a tendance à être axé sur les faiblesses plutôt que sur les forces. Dans le contexte d'un problème de santé que l'on aura diagnostiqué comme étant lié à la consommation de substances, le langage qui insiste sur ce qui est possible (et non sur l'aspect dramatique de la situation) peut accroître l'agentivité et l'espoir des personnes (Choate et Badry, 2019). L'utilisation délibérée d'un langage et de représentations non stigmatisants au sein des établissements de services de santé et sociaux, que ce soit dans l'interaction avec les patients ou dans les textes imprimés et publiés sur le Web, peut éviter ou diminuer ces préjugés et créer des situations où les personnes qui consomment des substances se sentent en sécurité, respectées et bien traitées quand ils font appel à ces services.

Exemples d'approche d'intervention :

» Récemment, le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS) et l'Association canadienne de santé publique ont publié des ressources linguistiques pour aider le public à employer le moins possible un langage stigmatisant. Récemment, l'ASPC a aussi publié une ressource pour encourager les professionnels de la santé à parler de la consommation de substances de manière humaniste, sécuritaire et non stigmatisante. Chacune de ces ressources inclut une liste des termes et expressions à éviter, une explication des raisons pour lesquelles ils sont jugés comme étant stigmatisants et une liste des termes et expressions non stigmatisants à privilégier (Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2019; Association canadienne de santé publique, 2019; Agence de la santé publique du Canada, 2019).

Voir les liens vers ces ressources linguistiques à la page 26.

4. INITIATIVES D'ÉDUCATION

Contexte : Les initiatives d'éducation font partie des stratégies habituelles pour atténuer la stigmatisation du fait qu'elles atteignent un large public (p. ex., par le biais de campagnes dans les médias), de même qu'elles offrent des messages ciblés et localisés à l'attention de groupes spécifiques (p. ex., les professionnels de la santé, les responsables d'application de la loi, les fournisseurs de services sociaux, les personnes qui travaillent dans le secteur des communications ou des médias, les employeurs, les propriétaires) (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2016; Griffiths et al., 2014). Il existe de nombreuses initiatives d'éducation qui peuvent s'avérer efficaces pour réduire la stigmatisation, dont les messages d'intérêt public, les films, les balados et les vidéos (Corrigan et al., 2012).

Objectifs de l'intervention : Les initiatives d'éducation et de sensibilisation peuvent atténuer la stigmatisation en incluant des messages qui corrigent la mésinformation et luttent contre les préjugés concernant les personnes qui appartiennent à des groupes stigmatisés de la population.

Répercussions sur la stigmatisation liée à la consommation de substances : Les données concernant l'efficacité des initiatives d'éducation pour la réduction de la stigmatisation ne sont pas concluantes (Corrigan et al., 2012), ce qui laisse entendre qu'elles devraient être employées comme un élément au sein d'un effort plus global visant à répondre à la stigmatisation. Ces initiatives luttent le mieux contre la stigmatisation quand elles proposent des récits qui mettent l'accent sur l'espoir et le fait qu'il existe des traitements ou sur la gestion efficace des problèmes de santé liés à la consommation de substances (p. ex., qui présentent des personnes « tirant le meilleur parti de leur vie » tout en souffrant d'un trouble lié à l'utilisation de substances) et qui excluent les « manœuvres alarmistes » visant à éloigner les personnes de l'utilisation des substances en appuyant sur la peur (Choate et Badry, 2019; McGinty et al., 2015).

Exemples d'approche d'intervention :

- *L'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC) a créé des outils d'apprentissage en ligne pour éduquer les étudiants de premier cycle en médecine sur de nombreux sujets en lien avec la dépendance. Ces ressources incluent un guide (un « cybermanuel »), une série de balados et des patients virtuels (Association des facultés de médecine du Canada, 2017).*
- *De la même façon, l'AFMC a fait une analyse de l'environnement à l'échelle du Canada des programmes d'études concernant la prescription d'opioïdes ou la gestion de la douleur. Cette analyse a donné lieu à une source solide de bonnes pratiques et d'information pour l'éducation à la prescription d'opioïdes ou à la gestion de la douleur qui sera diffusée et partagée sur le site Web de l'AFMC (Association des facultés de médecine du Canada, 2017a).*

5. LES CHANGEMENTS DE POLITIQUES ET DE PRATIQUES POUR RÉDUIRE LA STIGMATISATION

Contexte : La stigmatisation systémique est intégrée à divers niveaux du système de santé, dont les politiques et les pratiques, ainsi que les spécificités du cadre bâti. Des changements structurels peuvent avoir lieu au sein du système de santé pour accroître les espaces et les occasions de contribuer à la santé et au bien-être des patients (Blankenship et al., 2000). Parmi les changements structurels, on peut compter les efforts visant à décourager le recours à la stigmatisation comme moyen d'incitation aux changements d'attitudes et de prévention des comportements associés à la consommation de substances. En effet, les pratiques et les messages de santé publique qui utilisent la stigmatisation de cette façon peuvent augmenter les résultats négatifs sur les plans social et de la santé pour les personnes qui consomment des substances et ce, en les encourageant à dissimuler le fait qu'elles consomment des substances, à retarder le moment où elles demandent à obtenir des soins et à éviter les établissements de soins. Il en va de même pour la croyance populaire qui fait du « rétablissement » un synonyme

de l'« abstinence » (c.-à-d., qui stigmatise celles et ceux qui consomment des substances de façon récurrente ou qui ne peuvent s'abstenir de consommer des substances), au lieu de se concentrer sur la réduction des méfaits et l'amélioration du bien-être. Les professionnels de la santé sont encouragés à renforcer l'autonomie de leurs patients, sans les juger, en partageant avec eux des informations pertinentes et à jour sur les méfaits potentiels liés à la consommation de substances, en leur fournissant avec compassion des conseils contextuels et centrés sur le patient ou client et en les aidant à prendre des décisions (Zizzo et Racine, 2017).

Objectifs de l'intervention : Les efforts visant à réduire la stigmatisation ancrée dans les politiques et les pratiques ont pour but de pointer délibérément les politiques et les pratiques courantes relatives aux personnes qui consomment des drogues et de les corriger.

Répercussions sur la stigmatisation liée à la consommation de substances : Les initiatives de réduction de la stigmatisation qui se concentrent sur le changement institutionnel des politiques et des pratiques ont des répercussions directes sur la stigmatisation systémique et sont l'expression d'interventions structurelles. Les interventions structurelles modifient les environnements sociaux, économiques et politiques qui, à leur tour, façonnent et limitent les résultats sur les plans social et de la santé pour les personnes, les communautés et la société dans son ensemble. (Blankenship et al, 2000).

Exemples d'approche d'intervention : Les interventions structurelles peuvent être mises à profit pour s'assurer que les personnes qui consomment des substances ne sont exposées ni à des biais explicites ou conscients ni à des biais implicites ou inconscients.

- Parmi les biais explicites ou conscients dans la pratique, on trouve la privation de l'accès à certains services, l'utilisation d'un langage stigmatisant dans les politiques et les pratiques, l'invalidation de la consommation de substances en tant que problème de santé, etc. Les interventions créées pour répondre aux biais explicites ou conscients dans les systèmes de santé incluent : l'éducation; la mise en relation des professionnels de la santé et le développement de leurs compétences; les changements institutionnels en matière de disponibilité *des services, d'accessibilité, de prestation* et d'environnement physique et social.
- Parmi les biais implicites ou inconscients dans la pratique, on trouve le fait pour des professionnels de la santé d'accorder une priorité moindre aux personnes qui consomment des substances dans une salle pleine de patients en attente de soins, d'attribuer leurs problèmes de santé à leur consommation de substances et de ne pas évaluer les autres facteurs contributeurs potentiels, etc. Les interventions créées pour répondre aux biais implicites ou inconscients dans les systèmes de santé incluent : la formation à la prise de perspective (c.-à-d., évaluer consciemment une interaction du point de vue du patient ou client) et à l'individualisation (c.-à-d., se concentrer consciemment sur les informations spécifiques et connues concernant une personne, plutôt que sur des suppositions).

LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES

1. SERVICES AXÉS SUR LA RÉDUCTION DES MÉFAITS ET AUTRES SERVICES DE SOUTIEN ACCESSIBLES

Contexte : Les services axés sur la réduction des méfaits offrent un soutien aux patients qui se concentre sur la réduction des méfaits liés à la consommation de substances (p. ex., les infections transmissibles sexuellement et par le sang, les surdoses). Les services de réduction des méfaits peuvent inclure des stratégies de réduction de la consommation de substances ou d'abstinence, bien qu'il ne s'agisse pas là d'une fin en soi. Un aspect primordial de la réduction des méfaits réside dans l'importance d'« aller à la rencontre des besoins » des personnes et de reconnaître que nombre d'entre elles sont, pour diverses raisons, soit incapables de s'abstenir de consommer des substances soit réticentes à le faire.

Objectifs d'intervention : Les services de réduction des méfaits ont pour but de réduire les conséquences négatives et les méfaits potentiels liés à la consommation de substances, sans exiger l'abstinence.

Répercussions sur la stigmatisation liée à la consommation de substances : Encourager des services axés sur la réduction des méfaits permet d'atténuer la stigmatisation qui est largement associée à la consommation de substances. Quand les professionnels de la santé sont résolus à collaborer avec leurs clients pour réduire les méfaits liés à la consommation de substances plutôt que de les forcer à l'abstinence, les clients peuvent ressentir moins de jugement ou de critique vis-à-vis de leurs choix en matière de consommation de substances. Des données probantes démontrent que les services de réduction des méfaits et les autres services de soutien préviennent les méfaits liés à la consommation de substances et améliorent le bien-être des personnes qui consomment des substances. À titre d'exemples, les efforts de réduction des méfaits ont permis d'éviter plusieurs milliers de décès liés aux opioïdes en Colombie-Britannique (Irvine et al., 2019) et sont associés à la réduction de la consommation d'alcool chez les parents qui ne peuvent s'en abstenir pendant la grossesse (Choate et Badry, 2019). Les services de santé axés sur la réduction des méfaits augmentent les occasions de diriger les patients vers une variété de services de soutien et de formes de soins. Par exemple, les programmes et les services qui cherchent à réduire les méfaits liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse sont une occasion d'inciter les futurs parents à profiter de soins médicaux, de soutien nutritionnel, d'aide en santé mentale et de préparation parentale (Choate et Badry, 2019). À l'opposé, les services qui se concentrent exclusivement sur l'abstinence peuvent marginaliser les futurs parents qui sont soit incapable de s'abstenir de consommer de l'alcool soit réticents à le faire et, ainsi, diminuer l'accès à ces autres services de soutien.

Exemples d'approche d'intervention :

- *La simple disponibilité des services de soutien à la réduction des méfaits dans les systèmes de santé est insuffisante; les professionnels de la santé doivent aussi reconnaître que la réduction des méfaits est un objectif légitime de santé publique et diminuer les obstacles potentiels qui entravent l'accès à ces services et soutiens pour les personnes qui en ont besoin. La stigmatisation liée à la consommation de*

substances fait partie de ces obstacles, du fait qu'elle diminue de manière significative les efforts de réduction des méfaits, même ceux qui sont particulièrement bien conçus (Tam, 2018).

» Alors que les sites de consommation supervisée, les programmes d'échange de seringues, les trousses de naloxone gratuites, les programmes de gestion de l'alcool et l'éducation sur la consommation de substances à moindre risque sont autant d'exemples d'initiatives qui visent explicitement la réduction des méfaits liés *à la consommation de substances, l*es principes de la réduction des méfaits peuvent être intégrés de façon subtile dans une gamme plus large de services et de soutiens. Par exemple, la réduction des méfaits s'étend à des initiatives relativement simples qui peuvent atténuer les méfaits liés à la consommation d'alcool, tels que l'accès à des espaces physiques sécuritaires et positifs et à de l'eau et de la nourriture pour les personnes en état d'ébriété.

2. FORMATION FONDÉE SUR DES DONNÉES PROBANTES AU SUJET DE LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES, DONT LE TRAITEMENT ET LE RÉTABLISSEMENT DES PERSONNES QUI CONSOMMENT DES SUBSTANCES

Contexte : La recherche indique que les programmes de formation pour la plupart des professions de la santé font preuve de lacunes importantes sur des sujets tels que la dépendance, les troubles liés à l'utilisation de substances et d'autres problèmes ou cas de comorbidité liés à la consommation de substances (Klimas, 2015; McKee, 2017). Cette lacune dans la formation contribue à un manque de compréhension de la consommation de substances, qui peut encourager les préjugés à l'égard des personnes qui consomment des substances et de fausses idées au sujet du trouble lié à l'utilisation de substances (p. ex., penser qu'il ne s'agit pas d'un problème de santé légitime), ainsi qu'à un manque de connaissances et de compétences pour travailler avec les patients issus de ces groupes, ce qui mène à des soins de qualité moindre (Ayu et al., 2015; van Boekel et al., 2015).

Les professionnels de la santé peuvent montrer des signes de malaise ou de frustration quand ils interagissent avec des patients souffrant de troubles concomitants, en raison d'un manque de formation et de connaissances des besoins du client (Staiger et al., 2011). Ces réactions peuvent être l'expression du souci de « rester à sa place », de l'impression qu'on ne détient pas l'expertise nécessaire pour répondre aux besoins de ces patients et du sentiment que les approches de soins habituelles se voient « compliquées » par la présence d'autre(s) problème(s) de santé. Les problèmes de santé concomitants exigent des approches particulières en matière de diagnostic, de traitement et de gestion en comparaison avec des problèmes de santé indépendants (p. ex., en raison des symptômes d'un problème qui en masquent ou en imitent un autre), ce qui est compliqué par les cloisonnements existants entre la santé mentale et la consommation de substances au sein des systèmes de santé (Ayu et al., 2013). Les données canadiennes montrent comment ces cloisonnements des soins peuvent donner lieu à des besoins en soins non-satisfaits parmi les personnes qui souffrent de problèmes de santé concomitants. Une étude nationale représentative a relevé que près de 90 % des personnes qui souffrent de troubles concomitants de santé mentale et de troubles liés à l'utilisation de substances ont rapporté ressentir le besoin de soins en santé mentale (le plus souvent du counselling) et

que ces personnes étaient, de manière significative, plus susceptibles d'indiquer que ces besoins n'ont été que partiellement, au lieu d'entièrement, comblés (Sunderland et Findlay, 2013). De la même manière, les professionnels de la santé manquent souvent de formation en gestion de la douleur complexe, ce qui nuit à leur confiance et leur capacité à prescrire, suivre, sevrer de manière adéquate les patients qui utilisent des opioïdes pour traiter des douleurs chroniques (Glowacki, 2015).

Objectifs de l'intervention : La formation des professionnels de la santé au sujet de la consommation de substances, à la fois parmi les apprentis et dans le cadre de la formation professionnelle continue des professionnels en exercice, a pour but de réduire, de façon efficace, les attitudes négatives des professionnels de la santé (la stigmatisation) à l'égard des patients qui consomment des substances, de même que d'améliorer les compétences cliniques pour travailler avec ce groupe de la population (Livingston, 2013; Ayu et al., 2015).

Répercussions sur la stigmatisation liée à la consommation de substances : Quand les professionnels de la santé ont une connaissance et une compréhension profonde des questions liées à la consommation de substances, ils peuvent commencer à reconnaître la légitimité de la consommation de substances en tant que problème de santé et lutter contre la stigmatisation liée à la consommation de substances. En ayant une compréhension plus profonde du trouble lié à l'utilisation de substances (c.-à-d., son pronostic et la gamme des options de services et de soins), les professionnels de la santé peuvent travailler à mieux aider leurs patients plutôt que perpétuer les méfaits.

Exemples d'approche d'intervention :

- Une étude récente sur les obstacles à l'accès aux soins de santé auxquels font face les patients qui s'engagent sur la voie de la réduction des doses d'opioïdes a souligné les manières de surmonter l'anxiété et les malaises potentiels souvent associés à la réduction du dosage (Kennedy et al., 2014). Ces mécanismes incluaient : former à mettre en évidence cet aspect avec les patients; travailler avec les patients pour planifier et les préparer à la réduction du dosage; des lignes directrices et des politiques institutionnelles positives (Kennedy et al., 2014).

CONCLUSION

La stigmatisation liée à la consommation de substances est courante dans le système de santé et reflète, d'une part, et contribue, d'autre part, à des iniquités sociales et en matière de santé parmi les personnes qui consomment des substances. Compte tenu de l'omniprésence de la stigmatisation, des approches globales contenant des efforts d'interventions multiples et complémentaires sont nécessaires pour répondre de façon significative et durable à ce problème de santé publique. Ces efforts peuvent aussi inclure des interventions qui se concentrent sur l'amélioration de l'équité et des soins et services aux personnes, de même que des interventions qui luttent directement contre la stigmatisation. Les professionnels de la santé et les autres intervenants clés du système de santé sont bien placés pour prévenir et atténuer la stigmatisation liée à la consommation de substances à travers des changements systémiques aux politiques, aux programmes, à la formation, à la culture organisationnelle et à la prestation de services.

AUTRES RESSOURCES DISPONIBLES DANS CETTE SÉRIE

Agence de la santé publique du Canada – Réduire la stigmatisation liée à la consommation de substances au sein du système de santé canadien (Document d'une page). Disponible à : www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/reduire-stigmatisation-liee-consommation-substances-systeme-sante-infographie.html.

Agence de la santé publique du Canada – Parler de la consommation de substances de manière humaniste, sécuritaire et non stigmatisante : une ressource pour les organisations canadiennes des professionnels de la santé et leurs membres (Ressource). Disponible à : www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/parler-consommation-substances-maniere-humaniste-securitaire-non-stigmatisante-2019.html.

RESSOURCES CONNEXES DU GOUVERNEMENT DU CANADA

Agence de la santé publique du Canada – Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique sur l'état de la santé au Canada 2019. Aborder la stigmatisation : vers un système de santé plus inclusif. Disponible à : www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/publications/rapports-etat-sante-publique-canada-administrateur-chef-sante-publique/2018-prevenir-consommation-problematqiue-substance-jeunes.html.

Santé Canada – Stigmatisation entourant la consommation de substances (Page Web). Disponible à : www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/consommation-problematique-medicaments-ordonnance/opioides/stigmatisation.html.

RESSOURCES CONNEXES EXTERNES

Centre canadien sur les dépendances et l'usage des substances – Changer le langage de la dépendance (Fiche de renseignements). Disponible à : www.ccsa.ca/fr/changer-le-langage-de-la-dependance-fiche-de-renseignements.

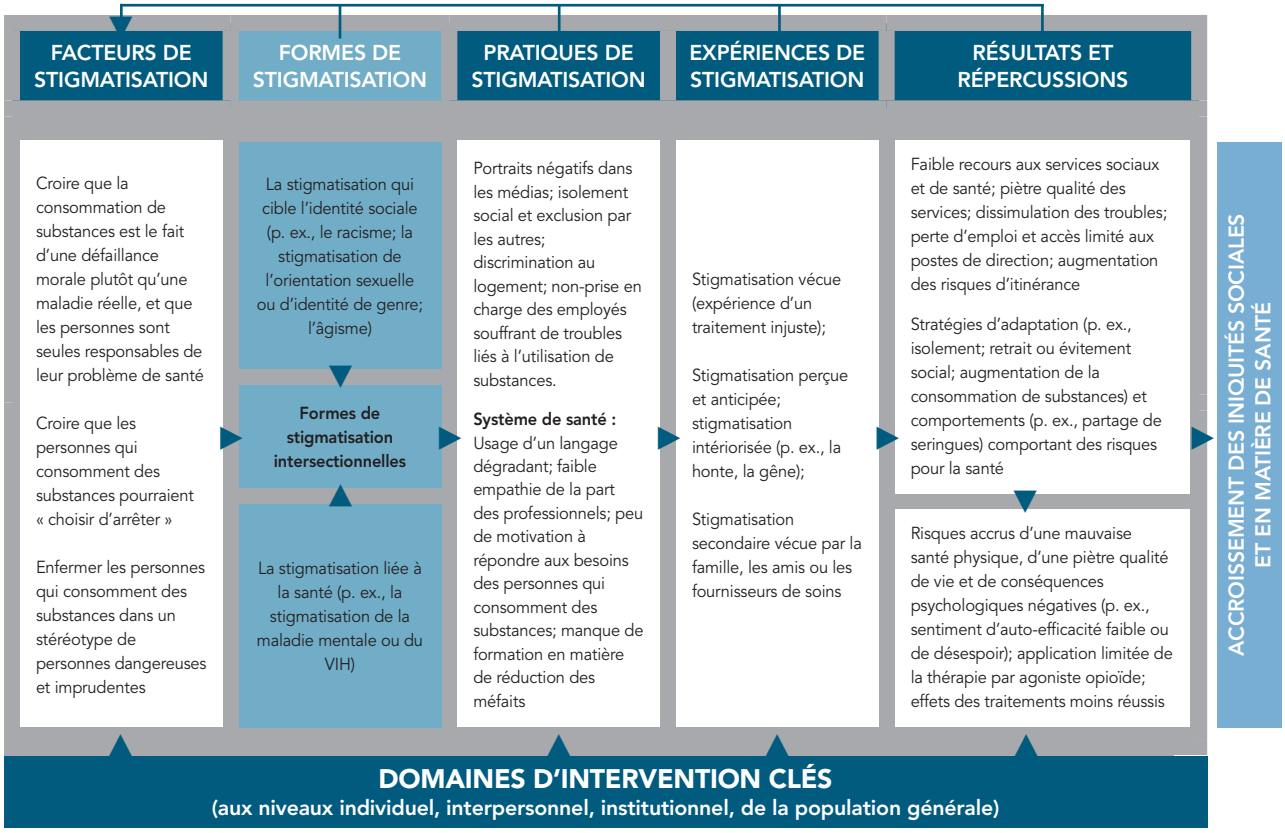
Centre canadien sur les dépendances et l'usage des substances – Quand il s'agit de dépendance les mots parlent (Infographie). Disponible à : www.ccsa.ca/fr/quand-il-sagit-de-dependance-les-mots-parlent-infographie.

Association canadienne de santé publique – Les infections transmissibles sexuellement et par le sang et la stigmatisation associée (Série de ressources). Disponible à : www.cpha.ca/fr/les-infections-transmissibles-sexuellement-et-par-le-sang-et-la-stigmatisation-associee.

EQUIP Health Care – Health Equity Toolkit for Health Care Providers and Institutions (Trousse d'outils). Disponible à : https://equiphealthcare.ca/toolkit/ (en anglais).

Commision de la santé mentale du Canada – La stigmatisation et la crise des opioïdes (Rapport). Disponible à : www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2019-07/Opioid_Report_july_2019_fr.pdf.

ANNEXE – MODÈLE DES VOIES DE LA STIGMATISATION LIÉE À LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES MENANT À DES EFFETS SUR LA SANTÉ[1]



Le modèle original ci-dessus est une adaptation du Modèle des voies de la stigmatisation liée à la consommation de substances menant à des effets sur la santé qui est disponible dans le *Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique sur l'état de la santé au Canada 2019. Aborder la stigmatisation : vers un système de santé plus inclusif*. Le modèle ci-dessus met en lumière des exemples de cheminements de la stigmatisation liée à la consommation d'alcool et d'autres drogues. Pour le modèle détaillé et les références, veuillez consulter le rapport de l'ACSP.

[1] L'étendue de la stigmatisation liée à la consommation de substances varie selon la substance et le contexte de sa consommation. La vaste majorité des recherches sur la stigmatisation liée à la consommation de substances se concentre sur les problèmes de santé liés à la consommation de substances (p. ex., le trouble lié à l'utilisation de substances) ou sur la consommation de substances pouvant causer des méfaits (p. ex., boire de l'alcool pendant la grossesse). Toutefois, d'autres contextes de consommantion de substances peuvent aussi faire l'objet de stigmatisation.

RÉFÉRENCES

Association canadienne de santé publique. (2019). Le poids des mots : Pour un langage respectueux en matière de santé sexuelle, de consommation de substances, les ITSS et de sources de stigmatisation intersectionnelles. Disponible à www.cpha.ca/sites/default/files/uploads/resources/stbbi/language-tool-f.pdf.

Association des facultés de médecine du Canada (2017). Addiction E-Learning. AFMC Primer on Biopsychosocial Approach to Addiction. Disponible à https://afmc.ca/sites/default/files/pdf/AFMCAddiction.pdf?ver=1.3 (en anglais)

Association des facultés de médecine du Canada (2017a). Réponse de l'AFMC à la crise des opioïdes au Canada. Disponible à https://afmc.ca/fr/priorites/opioides

Ayu, A.P., Schellekens, A.F., Iskandar, S., Pinxten, L., et De Jong, C.A. (2015). Effectiveness and organization of addiction medicine training across the globe. *European addiction research*, 21(5), 223–239. (En anglais)

Bailey, Z.D., Krieger, N., Agénor, M., Graves, J., Linos, N., et Bassett, M.T. (2017). Structural racism and health inequities in the USA: evidence and interventions. *The Lancet*, 389(10077), 1453–1463. (En anglais)

Bassuk, E.L., Hanson, J., Greene, R.N., Richard, M., et Laudet, A.(2016). Peer-delivered recovery support services for addictions in the United States: a systematic review. *Journal of substance abuse treatment*, 63, 1–9. (En anglais)

Blankenship, K.M., Bray, S.J., et Merson, M.H. (2000). Structural interventions in public health. *Aids*, 14, S11–S21. (En anglais)

Browne, A.J., Varcoe, C., Ford-Gilboe, M., et Wathen, C.N. (2015). EQUIP Healthcare: An overview of a multi-component intervention to enhance equity-oriented care in primary health care settings. *International journal for equity in health*, 14(1), 152. (En anglais)

Buchanan, J. (2006). Understanding Problematic Drug Use: A Medical Matter or a Social Issue, British Journal of Community Justice, Vol. 4. No. 2 pp.387–397. (En anglais)

Centre canadien sur les dépendances et l'usage des substances. (2019). Se servir des mots pour surmonter la stigmatisation : un guide d'introduction. Disponible à www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-09/CCSA-Language-and-Stigma-in-Substance-Use-Addiction-Guide-2019-fr.pdf

Chinman, M., Oberman, R.S., Hanusa, B.H., Cohen, A.N., Salyers, M.P., Twamley, E.W., et Young, A.S. (2015). A cluster randomized trial of adding peer specialists to intensive case management teams in the veterans health administration. *The Journal of Behavioral Health Services et Research*, 42(1), 109–121. doi:10.1007/s11414-013-9343-1. (En anglais)

Choate, P., et Badry, D. (2019). Stigma as a dominant discourse in fetal alcohol spectrum disorder. *Advances in Dual Diagnosis*, 12(1/2), 36–52. (En anglais)

Corrigan, P.W., Morris, S.B., Michaels, P.J., Rafacz, J.D., et Rüsch, N. (2012). Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. *Psychiatric services*, 63(10), 963–973. (En anglais)

Covington, S.S. (2008). Women and addiction: A trauma-informed approach. *Journal of psychoactive drugs*, 40(sup5), 377–385. (En anglais)

Feng, C., DeBeck, K., Kerr, T., Mathias, S., Montaner, J., et Wood, E. (2013). Homelessness independently predicts injection drug use initiation among street-involved youth in a Canadian setting. *Journal of Adolescent Health*, 52(4), 499–501. (En anglais)

Ford-Gilboe, M., Wathen, C.N., Varcoe, C., Herbert, C., Jackson, B.E., Lavoie, J.G., Pauly, B.B., Perrin, N.A., Smye, V., Wallace, B., Wong, S.T., et Browne, A.J. (2018). How Equity-Oriented Health Care Affects Health: Key Mechanisms and Implications for Primary Health Care Practice and Policy. *The Milbank Quarterly,* 96(4), 635–671. (En anglais)

Glowacki, D. (2015). Effective pain management and improvements in patients' outcomes and satisfaction. *Critical care nurse,* 35(3), 33–41. (En anglais)

Greer, A.M., Luchenski, S.A., Amlani, A.A., Lacroix, K., Burmeister, C., et Buxton, J.A. (2016). Peer engagement in harm reduction strategies and services: A critical case study and evaluation framework from British Columbia, Canada. *BMC Public Health*, 16(1), 452–452. doi:10.1186/s12889-016-3136-4. (En anglais)

Griffiths, K.M., Carron-Arthur, B., Parsons, A., et Reid, R. (2014). Effectiveness of programs for reducing the stigma associated with mental disorders. A meta-analysis of randomized controlled trials. *World psychiatry*, 13(2), 161–175. (En anglais)

Irvine, M.A., Kuo, M., Buxton, J., Balshaw, R., Otterstatter, M., Macdougall, L., Milloy, M.J., Bharmal, A., Henry, B., Tyndall, M., Coombs, D., et Gilbert, M. (2019). Modelling the combined impact of interventions in averting deaths during a synthetic-opioid overdose epidemic. *Addiction*. (En anglais)

Kellett, P., et Fitton, C. (2017). Supporting transvisibility and gender diversity in nursing practice and education: embracing cultural safety. *Nursing inquiry,* 24(1), e12146. (En anglais)

Kelly, J.F., Dow, S.J., et Westerhoff, C. (2010). Does our choice of substance-related terms influence perceptions of treatment need? An empirical investigation with two commonly used terms. *Journal of Drug Issues*, 40(4), 805–818. (En anglais)

Kelly, J.F., Saitz, R., et Wakeman, S. (2016). Language, substance use disorders, and policy: the need to reach consensus on an "addiction-ary". *Alcoholism Treatment Quarterly*, 34(1), 116–123. (En anglais)

Kelly, J.F., et Westerhoff, C.M. (2010). Does it matter how we refer to individuals with substance-related conditions? A randomized study of two commonly used terms. *International Journal of Drug Policy*, 21(3), 202–207. (En anglais)

Kennedy, L.C., Binswanger, I.A., Mueller, S.R., Levy, C., Matlock, D.D., Calcaterra, S.L., Koester, S., et Frank, J.W. (2017). "Those conversations in my experience don't go well": A qualitative study of primary care provider experiences tapering long-term opioid medications. *Pain Medicine,* 19(11), 2201–2211. (En anglais)

Klimas, J. (2015). Training in addiction medicine should be standardised and scaled up. *Bmj,* 351, h4027. (En anglais)

Knaak, S., Christie, R., Mercer, S., et Stuart, H. (2019). Harm Reduction, Stigma and the Problem of Low Compassion Satisfaction. *Journal of Mental Health and Addiction Nursing*, 3(1), e8–e21. (En anglais)

Krawczyk, N., Negron, T., Nieto, M., Agus, D., et Fingerhood, M.I. (2018). Overcoming medication stigma in peer recovery: A new paradigm. *Substance abuse*, 39(4), 404–409. (En anglais)

Kulesza, M., Watkins, K.E., Ober, A. J., Osilla, K.C., et Ewing, B. (2017). Internalized stigma as an independent risk factor for substance use problems among primary care patients: Rationale and preliminary support. *Drug and alcohol dependence*, 180, 52–55. (En anglais)

Larance, B., Campbell, G., Moore, T., Nielsen, S., Bruno, R., Lintzeris, N., Cohen, M., Hall, W., Mattick, R., O'Donnell, C., et Degenhardt, L. (2018). Concerns and help-seeking among patients using opioids for management of chronic noncancer pain. *Pain medicine*, 20(4), 758–769. (En anglais)

Livingston, J.D., Milne, T., Fang, M.L., et Amari, E. (2012). The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review. *Addiction*, 107(1), 39–50. (En anglais)

Marsh, J.C., D'Aunno, T.A., et Smith, B.D. (2000). Increasing access and providing social services to improve drug abuse treatment for women with children. *Addiction*, 95(8), 1237–1247. (En anglais)

Marsh, J.C., Smith, B.D., et Bruni, M. (2011).Integrated substance abuse and child welfare services for women: A progress review. *Children and youth services review*, 33(3), 466–472. (En anglais)

Mathieu, F. (2007). Running on empty: Compassion fatigue in health professionals. *Rehab et Community Care Medicine*, 4, 1–7. (En anglais)

McGinty, E.E., Goldman, H.H., Pescosolido, B., et Barry, C.L. (2015). Portraying mental illness and drug addiction as treatable health conditions: effects of a randomized experiment on stigma and discrimination. *Social Science et Medicine*, 126, 73–85. (En anglais)

McKee, S.A. (2017). Concurrent substance use disorders and mental illness: Bridging the gap between research and treatment. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 58(1), 50. (En anglais)

McLellan, A.T., Hagan, T.A., Levine, M., Gould, F., Meyers, K., Bencivengo, M., et Durell, J. (1998). Supplemental social services improve outcomes in public addiction treatment. *Addiction*, 93(10), 1489–1499. (En anglais)

Morgenstern, J., Labouvie, E., McCrady, B.S., Kahler, C.W., et Frey, R.M. (1997). "Affiliation with alcoholics anonymous after treatment: A study of its therapeutic effects and mechanisms of action." *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(5), 768–777. doi:10.1037/0022-006X.65.5.768. (En anglais)

Muise, G.M. (2019). Enabling cultural safety in indigenous primary healthcare. Healthcare Management Forum, 32(1), 25–31. (En anglais)

Muskett, C. (2014). Trauma-informed care in inpatient mental health settings: A review of the literature. *International journal of mental health nursing*, 23(1), 51–59. (En anglais)

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2016). *Ending discrimination against people with mental and substance use disorders: The evidence for stigma change*. National Academies Press. (En anglais)

Paino, M., Aletraris, L., et Roman, P. (2016). The relationship between client characteristics and wraparound services in substance use disorder treatment centers. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 77(1), 160–169. (En anglais)

Patel, R.S., Sekhri, S., Bhimanadham, N.N., Imran, S., et Hossain, S. (2019). A Review on Strategies to Manage Physician Burnout. *Cureus*, 11(6). (En anglais)

Agence de la santé publique du Canada (2019). The Chief Public Health Officer's Report on the State of Public Health in Canada 2019. Addressing Stigma: Towards a More Inclusive Health System. Disponible à : www.canada.ca/en/public-health/corporate/publications/chief-public-health-officer-reports-state-public-health-canada/addressing-stigma-toward-more-inclusive-health-system.html.

Raja, S., Hoersch, M., Rajagopalan, C.F., et Chang, P. (2014). Treating patients with traumatic life experiences: providing trauma-informed care. *The Journal of the American Dental Association*, 145(3), 238–245. (En anglais)

Reif, S., Braude, L., Lyman, D.R., Dougherty, R.H., Daniels, A.S., Ghose, S.S., Salim, O., et Delphine-Rittmon, M.E. (2014). Peer recovery support for individuals with substance use disorders: Assessing the evidence. *Psychiatric Services*, 65(7), 1. (En anglais)

Shera, W. (1996). Managed care and people with severe mental illness: Challenges and opportunities for social work. *Health and Social Work*, 21(3), 196. (En anglais)

Solomon, P. (2004). Peer support/peer provided services underlying processes, benefits, and critical ingredients. *Psychiatric rehabilitation journal*, 27(4), 392. (En anglais)

Staiger, P.K., Thomas, A.C., Ricciardelli, L.A., Mccabe, M.P., Cross, W., et Young, G. (2011). Improving services for individuals with a dual diagnosis: A qualitative study reporting on the views of service users. *Addiction research et theory,* 19(1), 47–55. (En anglais)

Stuart, H. (2019). Managing the stigma of opioid use. In *Healthcare management forum* (Vol. 32, No. 2, pp. 78–83). Sage CA: Los Angeles, CA: SAGE Publications. (En anglais)

Stuart, H., Chen, S.P., Christie, R., Dobson, K., Kirsh, B., Knaak, S., Koller, M., Krupa, T., Lauria-Horner, B., Luong, D., Modgill, G., Patten, S.B., Pietrus, M., Szeto, A., et Whitley, R. (2014). Opening minds in Canada: background and rationale. Canadian journal of psychiatry. *Revue canadienne de psychiatrie*, 59(10 Suppl 1), S8–S12. doi:10.1177/070674371405901s04. (En anglais)

Sunderland, A., et Findlay, L.C. (2013). *Perceived need for mental health care in Canada: results from the 2012 Canadian community health survey-mental health* (pp. 3–9). Ottawa: Statistics Canada. (En anglais)

Tam, T. (2018). Commentary-Building the evidence base for sustained public health response to the opioid epidemic in Canada. *Health promotion and chronic disease prevention in Canada: research, policy and practice,* 38(6), 221. (En anglais)

Tracy, K., et Wallace, S.P. (2016). "Benefits of peer support groups in the treatment of addiction." *Substance Abuse and Rehabilitation*, 7, 143–154. doi:10.2147/SAR.S81535. (En anglais)

van Boekel, L.C., Brouwers, E.P., van Weeghel, J., et Garretsen, H.F. (2015). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: systematic review. *Tijdschr Psychiatr,* 57(7), 489–497. (En anglais)

Voon, P., Greer, A.M., Amlani, A., Newman, C., Burmeister, C., et Buxton, J.A. (2018). Pain as a risk factor for substance use: a qualitative study of people who use drugs in British Columbia, Canada. *Harm reduction journal*, 15(1), 35. (En anglais)

West, C.P., Dyrbye, L.N., Erwin, P.J., et Shanafelt, T.D. (2016). Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet,* 388(10057), 2272–2281. (En anglais)

Zizzo, N., et Racine, E. (2017). Ethical challenges in FASD prevention: Scientific uncertainty, stigma, and respect for women's autonomy. *Canadian Journal of Public Health,* 108(4), 414–417. (En anglais)

PROTÉGER LES CANADIENS ET LES AIDER À AMÉLIORER LEUR SANTÉ

Agence de la santé publique du Canada
Public Health Agency of Canada

Canada