



Exemples d'approches utilisées pour lutter contre la stigmatisation structurelle entourant la maladie mentale et la consommation de substances dans le système de soins de santé du Canada

Expressions d'intérêt

Remplissez et soumettez votre [formulaire de l'expression d'intérêt](#) dès aujourd'hui.

Date limite de soumission : le 15 septembre 2020 à 23 h 59, HE

But

Cette demande d'expressions d'intérêt émise par la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) vise à trouver des organisations qui ont adopté des modèles novateurs de soins, des initiatives d'amélioration de la qualité, des interventions, des programmes, des politiques ou des pratiques prometteurs ou ayant démontré leur efficacité à réduire la stigmatisation structurelle des personnes ayant une expérience passée ou présente de maladies ou de problèmes liés à la santé mentale et à la consommation de substances.

Par ces travaux, la CSMC compte :

- trouver des exemples d'approches et de modèles prometteurs utilisés pour réduire la stigmatisation structurelle associée à la maladie mentale et à la consommation de substances dans les établissements de soins de santé
- aider les organisations de soins de santé à mieux comprendre la stigmatisation structurelle en leur fournissant des descriptions détaillées d'approches et de modèles prometteurs ou efficaces
- faciliter le partage de connaissances au sujet d'approches et de modèles ayant eu des retombées positives dans le système de soins de santé du Canada

Les exemples qui seront retenus lors de ce processus seront décrits et mis en relief dans des outils de mobilisation des connaissances visant à lutter contre la stigmatisation structurelle dans le système de santé canadien.

Nous espérons également que les organisations choisies, en plus de prendre part à cet important projet, accepteront de s'associer à la CSMC pour des initiatives continues de recherche et de mobilisation des



connaissances, par exemple des évaluations et des analyses additionnelles (si elles n'ont pas encore été effectuées) et la mise à l'échelle ou la reproduction d'initiatives.

Pour toute question concernant l'utilisation de l'information recueillie, veuillez contacter Véronique Joncas, gestionnaire de programme, Accès à des services de santé mentale de qualité en écrivant au vjoncas@commissionsantementale.ca.

Contexte

La réduction de la stigmatisation est au cœur du mandat de la CSMC. [Changer les mentalités](#), la première initiative d'envergure de la CSMC dans ce domaine, mettait l'accent sur le repérage, l'évaluation, puis le partage, la promotion et la mise à l'échelle d'interventions et d'approches efficaces. Ce travail lui a valu une reconnaissance internationale dans la lutte contre la stigmatisation entourant la maladie mentale. Depuis, le mandat de la CSMC a été renouvelé à deux reprises afin d'y ajouter la lutte contre [la stigmatisation entourant la consommation d'opioïdes et d'autres substances](#) (en 2017) et contre [la stigmatisation structurelle](#), avec un accent particulier sur le secteur des soins de santé (en 2019).

Définir la stigmatisation structurelle

La stigmatisation constitue un obstacle de taille à l'accessibilité de soins de qualité en temps opportun ainsi qu'au rétablissement et à la qualité de vie des personnes ayant un savoir expérientiel. Elle est généralement définie comme un phénomène social complexe mettant en interaction de nombreux processus, dont l'étiquetage, le stéréotypage, la séparation, les préjugés, la perte de statut et la discrimination. En outre, la stigmatisation se produit dans plusieurs domaines et à plusieurs niveaux, notamment sur le plan individuel ou personnel (p. ex., l'autostigmatisation ou la stigmatisation intériorisée), sur le plan interpersonnel ou public (p. ex., les attitudes, les stéréotypes et les comportements négatifs du public) et sur le plan institutionnel ou structurel (p. ex., les pratiques, les politiques et les lois discriminatoires).

Elle est également intersectionnelle et composée, ce qui signifie que les personnes aux prises avec d'autres formes d'inégalité (p. ex. le racisme, la transphobie, la discrimination fondée sur la capacité physique et le colonialisme) pourraient souffrir encore plus de la stigmatisation entourant la maladie mentale et la consommation de substances.

La stigmatisation structurelle renvoie aux activités cumulées d'organisations qui, volontairement ou non, créent et maintiennent des inégalités sociales au désavantage des personnes ayant un savoir expérientiel. Elle se manifeste dans les règles et les pratiques formelles et informelles des institutions



sociales et est « renforcée par les lois, par les politiques et procédures internes des établissements et des systèmes privés et publics, de même que par les pratiques des professionnels » (p. 4) [1].

Voici quelques exemples de stigmatisation structurelle contre les personnes ayant des antécédents de problèmes de santé mentale et de consommation de substances :¹

- la faible disponibilité des services de soins de santé mentale et d'usage de substances couverts par un régime public d'assurance-maladie par rapport aux besoins de la population;
- l'occultation des diagnostics et des traitements; elle se produit lorsque des symptômes physiques sont attribués au problème de santé mentale ou de consommation de substances d'une personne, ce qui donne lieu à des soins de santé physique d'une qualité systématiquement inférieure dans l'ensemble;
- la satisfaction constamment inférieure des clients en comparaison avec les autres utilisateurs des services de santé, ou le défaut de recueillir des données spécifiques à la satisfaction des clients ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances;
- la culture au sein des organisations de soins de santé qui fait en sorte que les clients peuvent vivre de la stigmatisation lorsqu'ils demandent ou reçoivent de l'aide dans le système de soins de santé, notamment en se sentant pénalisés, punis, rabaissés, brimés ou moins dignes de recevoir des soins;
- les politiques et les pratiques institutionnelles causant des préjudices (p. ex. les politiques menant à des refus de soins; les obstacles à l'accès; la disponibilité inéquitable des services; le recours excessif à la coercition, à la contrainte et aux approches punitives; et les modèles de soins punitifs);
- le manque relatif de mesures du rendement en ce qui concerne l'équité et la qualité des soins prodigués aux personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances;
- le fait d'offrir aux personnes ayant un savoir expérientiel peu d'occasions — voire aucune — de participer activement à l'évaluation des politiques et de la qualité, à la prestation des services, à l'évaluation des besoins, à la recherche, etc.

La stigmatisation structurelle est particulièrement dangereuse et préjudiciable parce qu'elle reflète l'injustice et l'iniquité tissées dans la trame même de nos institutions sociales, de nos organisations et de nos façons communes de penser et d'agir à l'égard des personnes ayant une expérience passée ou présente de maladies ou de problèmes liés à la santé mentale et à la consommation de substances. Elle peut inciter des personnes autrement bien intentionnées à adopter des comportements discriminatoires. Comme d'autres risques liés à la qualité des soins de santé, la stigmatisation

¹ Voir des exemples supplémentaires à l'[Annexe A](#) et sur le site Web de la CSMC [Page stigmatisation structurelle](#).



structurelle se manifeste souvent par des biais cognitifs implicites qui entraînent des répercussions dont nous n'avons pas conscience, malgré nos bonnes intentions [2-3].

L'initiative de lutte contre la stigmatisation structurelle de la CSMC

Lancée en 2019, l'initiative de lutte contre la stigmatisation structurelle de la CSMC relève du portefeuille de l'Accès à des services de santé mentale de qualité². Trois principaux projets de recherche ont été réalisés durant cette année :

- [une analyse documentaire](#) approfondie;
- une étude de recherche qualitative, réalisée sur des groupes de discussion formés de personnes ayant une expérience passée ou présente de maladies ou de problèmes liés à la santé mentale et à la consommation de substances [5]; et
- une [analyse de l'environnement](#), afin d'évaluer le besoin d'outils mesurant les iniquités structurelles dans les services de santé mentale et de consommation de substances.

Notre recherche a mis en lumière :

un portrait détaillé de la stigmatisation structurelle dans les établissements de soins de santé : comment elle est vécue, son incidence sur les résultats en matière de santé et de qualité de vie et la manière dont nous pourrions restructurer la prestation des services de santé et les soins prodigués aux personnes ayant un savoir expérientiel. Les principaux constats ont été synthétisés selon les sept priorités ci-dessous relatives à la neutralisation et l'élimination de la stigmatisation structurelle.

Un résumé additionnel de ces constats se trouve dans une version élargie du [Cadre d'action pour bâtir un système de santé inclusif](#), une fiche d'information contenue dans le [Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada](#) (p. 1) [4].

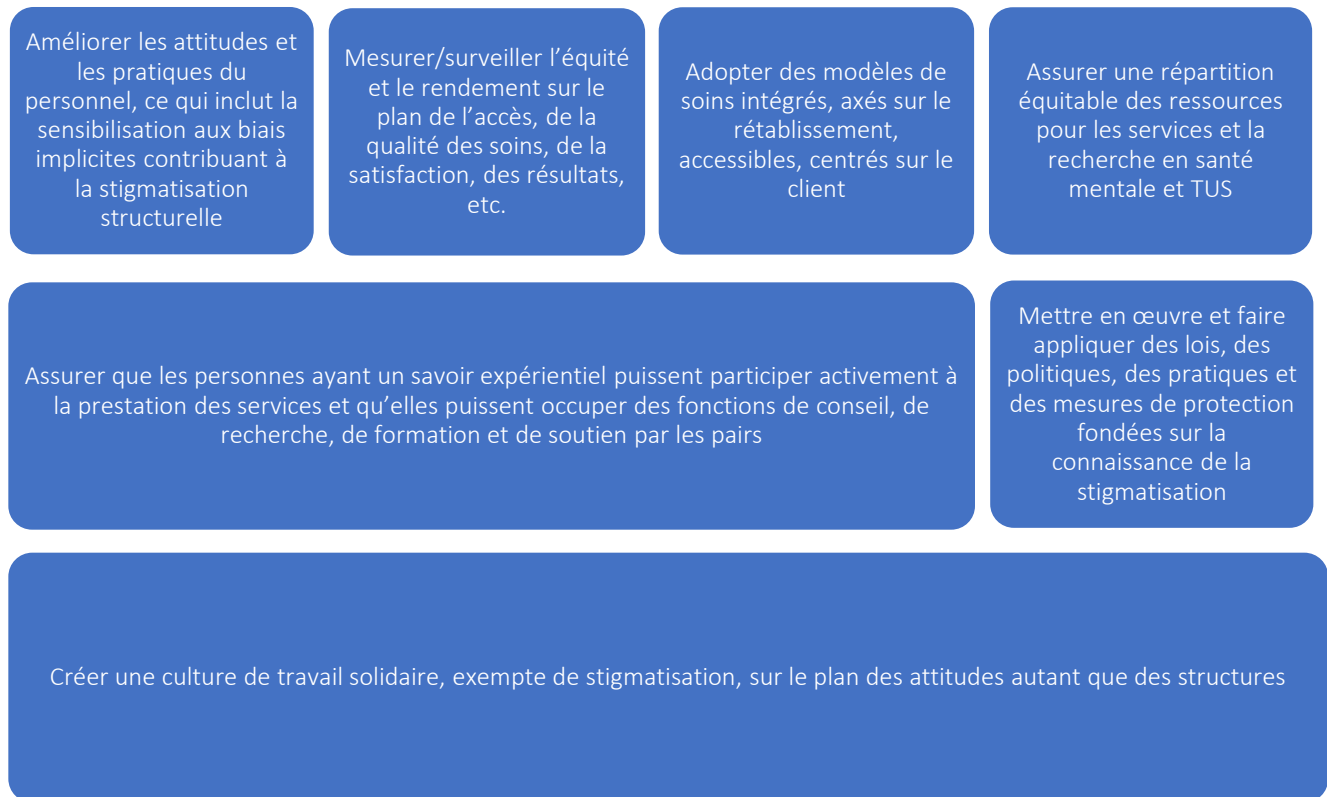
Ce cadre d'action élargi³ présente des exemples d'interventions, d'approches et de modèles de soins prometteurs pour la réduction de la stigmatisation structurelle entourant la maladie mentale et la consommation de substances révélée par notre recherche. Dans cette optique, nous espérons que le Cadre d'action servira à orienter « les recherches, interventions et initiatives futures d'organisations engagées dans l'amélioration de l'accès, de la qualité des services et des soins ainsi que des résultats en matière de bien-être des personnes ayant un savoir expérientiel » (p. 1) [4].

²Inclut les services de lutte contre la toxicomanie et les dépendances.

³Voir [l'Annexe A](#).



Figure 1. Principales priorités de neutralisation et d'élimination de la stigmatisation structurelle entourant la maladie mentale et les dépendances dans les établissements de soins de santé^{4,5}



Description de la demande d'expressions d'intérêt

Faisant fond sur les résultats de recherche obtenus dans l'An 1, une des priorités pour l'An 2 sera de recueillir, de décrire et de mettre en évidence des exemples d'approches utilisées pour éliminer la stigmatisation structurelle dans le système de santé canadien afin de sensibiliser les gens à ce problème.

Pour ce faire, nous sollicitons des expressions d'intérêt de la part d'organisations ayant mis en place des modèles de soins novateurs, des initiatives d'amélioration de la qualité, des interventions, des programmes, des politiques ou des pratiques prometteurs ou ayant démontré leur efficacité à réduire la stigmatisation structurelle en améliorant l'accessibilité des services, la qualité des soins de santé ou les résultats des personnes ayant une expérience passée ou présente de maladies ou de problèmes liés à la santé mentale et à la consommation de substances⁶.

⁴La satisfaction de prodiguer des soins.

⁵Dans le contexte de la consommation de substances, les soins axés sur le rétablissement renvoient aux modèles de soins ayant la réduction des préjudices et la qualité de vie comme piliers centraux.

⁶Voir [l'Annexe A](#) pour consulter des exemples des types d'interventions que nous cherchons à découvrir.



Les exemples qui seront retenus lors de ce processus seront décrits et mis en relief dans des outils de mobilisation des connaissances visant à lutter contre la stigmatisation structurelle dans le système de santé canadien.

Nous espérons également que les organisations choisies, en plus de prendre part à cet important projet, accepteront de s'associer à la CSMC pour des initiatives continues de recherche et de mobilisation des connaissances, par exemple des évaluations et des analyses additionnelles (si elles n'ont pas encore été effectuées) et la mise à l'échelle ou la reproduction d'initiatives.

Pour toute question concernant l'utilisation de l'information recueillie, veuillez contacter Véronique Joncas, gestionnaire de programme, Accès à des services de santé mentale de qualité en écrivant au vjoncas@commissionsantementale.ca.

Portée

Les participants doivent accepter de partager des renseignements au sujet de leur organisation et de leur initiative, programme, approche ou modèle de soins et clairement expliquer les mesures prises pour aplanir ou éliminer les obstacles structurels à l'accessibilité et à la qualité des soins pour les patients ayant un savoir expérientiel.

Ils peuvent être appelés à offrir leur collaboration de diverses façons :

- fournir les renseignements pertinents (non confidentiels) sur le programme
- participer à des entrevues ou à des discussions de groupe
- animer une visite des lieux (si les circonstances le permettent)
- participer à toute autre activité de cueillette de données pouvant préciser le portrait de l'initiative, du programme, de l'approche ou du modèle de soins de l'organisation

Documents à l'appui

Les rapports suivants présentent d'autres exemples des approches qui nous intéressent et sur lesquelles nous cherchons à en apprendre davantage :

- [*Lutter contre la stigmatisation structurelle entourant les problèmes de santé mentale et de consommation de substances dans les établissements de soins de santé : Cadre d'action, \[4\]*](#)
- [*La stigmatisation structurelle des personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances dans les établissements de soins de santé :Analyse documentaire*](#)
- [*La stigmatisation structurelle entourant les problèmes de santé mentale et de consommation de substances dans les établissements de soins de santé :Réseautage pour la conception, l'élaboration et la mise en œuvre d'un instrument d'audit*](#)

Critères d'évaluation

Les soumissions seront examinées et sélectionnées en fonction des critères suivants :



- la force et la clarté de leur lien avec la stigmatisation structurelle
- le caractère novateur et prometteur de l'approche utilisée pour éliminer la stigmatisation structurelle
- la démonstration d'une certaine efficacité de l'initiative, du programme, de l'approche ou du modèle de soins à réduire la stigmatisation structurelle (p. ex., en opérant un changement dans la culture organisationnelle, dans les attitudes ou dans les pratiques de soins; en améliorant la rétention dans les soins des clients, la satisfaction ou les résultats de ceux-ci; en renforçant la surveillance du rendement).

Échéancier

- Date limite de soumission : le 15 septembre 2020 à 23 h 59, HE
- L'équipe de la CSMC avisera tous les candidats de sa décision d'ici le lundi 28 septembre.
- La collecte des données au moyen d'entrevues de suivi et de l'examen des documents sera effectuée entre le 1er octobre et le 15 novembre.
- L'ébauche du rapport devrait être achevée d'ici le 23 décembre, et le rapport bilingue d'ici le 31 mars 2021.

Formulaire de soumission de l'expression d'intérêt

Remplissez et soumettez votre [formulaire de l'expression d'intérêt](#) dès aujourd'hui.

Références

1. Livingston, J. D. *La stigmatisation structurelle des personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances dans les établissements de soins de santé : Analyse documentaire*, 2020. Sur Internet : <https://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/media/4348>
2. Knaak, S., Patten, S. et T. Ungar. « Mental illness stigma as a quality-of-care problem », *Lancet Psychiatry*, vol. 2 (2015), p. 863-864. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00382-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00382-X)
3. Ungar, T. et S. Knaak. « The hidden medical logic of mental health stigma », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 47 (2013), p. 611-612. <https://doi.org/10.1177/0004867413476758>
4. Knaak, S., J. Livingston, H. Stuart et T. Ungar. *Lutter contre la stigmatisation structurelle entourant les problèmes de santé mentale et de consommation de substances dans les établissements de soins de santé*, Ottawa, Canada, Commission de la santé mentale du Canada, 2020.
5. Stuart, H. et S. Knaak. *Mental illness and structural stigma in Canadian health-care settings: Results of a focus group study*, Ottawa, Canada, Commission de la santé mentale du Canada, 2020.



Annexe A

Lutter contre la stigmatisation structurelle entourant les problèmes de santé mentale et de consommation de substances dans les établissements de soins de santé : cadre d'action

Niveau de stigmatisation	Institutionnel : organismes du système de santé, établissements de formation en médecine et soins de santé, organismes du secteur communautaire, services sociaux et responsables des politiques de santé, de l'établissement des normes et de la surveillance.
Fonctionnement de la stigmatisation	Les personnes ayant un savoir expérientiel reçoivent un traitement qui leur procure un sentiment d'« infériorité » (dépriorisation, sous-traitement, refus; manque d'empathie de la part du personnel).
	Environnement physique non inclusif ou ne favorisant pas des soins de qualité.
	Politiques de l'établissement pouvant causer des préjudices (interventions non nécessaires qui humilient ou dénigrent la personne ou compromettent sa dignité; recours excessif à la coercition, à la contrainte et aux approches punitives; politiques restreignant l'accès à des soins fondés sur les meilleures données probantes; défaut de mettre en œuvre des modèles de soins axés sur le bien-être ou le rétablissement [incluant la réduction des préjudices]; fragmentation des services).
	Occultation des diagnostics et des traitements.
	Investissement inéquitable dans les services et sous-financement de la recherche.
	Formation inadéquate des professionnels de la santé (soins de santé mentale et de TUS; sécurité culturelle et soins responsables sur le plan culturel; soins tenant compte de l'historique de traumatismes et de violence; soins fondés sur la connaissance de la stigmatisation).
	Défaut de mesurer et de surveiller (indicateurs de qualité en matière de santé mentale et de TUS; équité des soins fournis aux personnes ayant un savoir expérientiel; attitudes et pratiques au sein de la culture organisationnelle, satisfaction et points de vue des clients).
	Échec dans l'application des mesures de protection existantes en matière des droits de la personne. La stigmatisation associée à la santé mentale et aux TUS (les employés se sentent incapables de divulguer leurs problèmes de santé mentale ou de consommation de substances; culture hostile au personnel ayant de tels problèmes; politiques et mesures de protection inadéquates; formations et soutien inadéquats; les fournisseurs de services de santé mentale et de TUS se sentent moins respectés et valorisés que les fournisseurs de soins de santé physique).
Interventions pour lutter contre la stigmatisation	Formations continues ciblant les biais conscients et implicites pour l'ensemble du personnel de santé (clinique et non clinique) (baser les programmes sur des éléments clés et des lignes directrices de mise en œuvre fondés sur des données probantes, notamment un large recours au contact social ¹ ; les cadres de mise en œuvre et d'évaluation doivent insister sur la possibilité d'un changement culturel).
	Adopter des modèles de sécurité et d'humilité culturelles et offrir des formations en la matière au personnel.
	Déployer des initiatives favorisant la diversité de la main-d'œuvre.
	Établir et respecter l'équité des ressources allouées aux soins et à la recherche en santé mentale et TUS.
	Collaboration des établissements avec la communauté; politiques qui soutiennent et financent une véritable participation des personnes ayant un savoir expérientiel (p. ex. à l'élaboration des politiques, à la recherche, à la prestation des services, au soutien par les pairs et à l'orientation de ceux-ci ainsi que dans un rôle consultatif).



Niveau de stigmatisation	Institutionnel : organismes du système de santé, établissements de formation en médecine et soins de santé, organismes du secteur communautaire, services sociaux et responsables des politiques de santé, de l'établissement des normes et de la surveillance.
	<p>Implanter des modèles et des formations tenant compte de l'historique de traumatismes et de violence.</p> <p>Adopter et élargir des modèles de soins axés sur le rétablissement (p. ex. des modèles de soins intégrés, des soins centrés sur la personne, des modèles de réduction des préjudices, une participation significative des personnes ayant un savoir expérientiel, des soins tenant compte de l'historique de traumatismes et de violence).</p> <p>Mettre en place des cadres de reddition de comptes et de surveillance dotés d'indicateurs de réduction de la stigmatisation structurelle entourant la maladie mentale et la consommation de substances (p. ex. des indicateurs d'équité et de qualité, de rendement, de satisfaction des patients, de changement de culture et de normes d'agrément).</p> <p>Examiner régulièrement les politiques et les pratiques, en utilisant un point de vue tenant compte de la stigmatisation.</p> <p>Raffermir les programmes d'enseignement et les formations continues offerts à tous les professionnels de la santé œuvrant dans les soins de santé mentale et de TUS, notamment en ce qui concerne les déterminants sociaux de la santé, les soins axés sur le rétablissement, la réduction des préjudices et les soins tenant compte de la stigmatisation.</p> <p>Raffermir et appliquer les mesures de protection des droits de la personne et offrir des voies d'accès faciles pour les plaintes des clients et la résolution de celles-ci.</p> <p>Raffermir les politiques, les formations et le soutien fournis aux employés afin de les encourager à demander de l'aide, de protéger leur santé mentale et d'améliorer la culture dans leur milieu de travail.</p>
Résultats potentiels	<p>Un environnement institutionnel inclusif, accueillant, diversifié et sécuritaire.</p> <p>Des organisations capables de répondre aux besoins de toutes les populations, incluant les personnes ayant un savoir expérientiel.</p> <p>Un recul des croyances et des attitudes stigmatisantes chez le personnel et dans l'ensemble des organisations.</p> <p>De meilleures évaluations des soins par les patients/clients et une satisfaction et une confiance accrues de ceux-ci.</p> <p>De meilleurs résultats chez les patients/clients (santé physique et mentale des personnes ayant un savoir expérientiel; qualité de vie de ces personnes).</p> <p>Participation plus hâtive des personnes ayant un savoir expérientiel aux soins qu'elles reçoivent en raison d'une demande d'aide plus hâtive.</p> <p>Meilleure rétention des personnes ayant des problèmes de santé mentale ou de consommation de substances dans les soins et les traitements.</p> <p>Soins plus appropriés et fondés sur les meilleures données probantes fournis aux personnes ayant un savoir expérientiel.</p> <p>Satisfaction de compassion accrue chez le personnel.</p> <p>Santé mentale du personnel de la santé améliorée.</p> <p>Moins de temps d'absence du travail; rétention des travailleurs accrue.</p>



Commission de
la santé mentale
du Canada

Mental Health
Commission
of Canada

Niveau de stigmatisation	Institutionnel : organismes du système de santé, établissements de formation en médecine et soins de santé, organismes du secteur communautaire, services sociaux et responsables des politiques de santé, de l'établissement des normes et de la surveillance.
	Les fournisseurs de soins de santé mentale et de TUS se sentent reconnus et rémunérés équitablement au sein du système de soins de santé.

Adapté du « Tableau 2 : cadre d'action pour bâtir un système de santé inclusif », par l'Agence de la santé publique du Canada, *Lutte contre la stigmatisation : vers un système de santé plus inclusif*, Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada (p. 43), Ottawa, Canada, 2019. © 2019, Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par la ministre de la Santé.
