

ORDRE DE L'EXCELLENCE



RÉCIPIENDAIRE SANTÉ MENTALE AU TRAVAIL



Commission de  
la santé mentale  
du Canada

Mental Health  
Commission  
of Canada

# 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

Stephanie Knaak, Ph. D.  
Jamie Livingston, Ph. D.  
Heather Stuart, Ph. D.  
Thomas Ungar, M.D., Ph. D.

Commission de la santé mentale du Canada

[commissionsantementale.ca](http://commissionsantementale.ca)

### **Indications concernant la citation**

Citation suggérée : 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.

© 2020, Commission de la santé mentale du Canada

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

ISBN : 978-1-77318-162-2 (Imprimé) 978-1-77318-161-5 (Ressource en ligne)

Dépôt légal, Bibliothèque nationale du Canada



Les points de vue présentés ici représentent uniquement les points de vue de la Commission de la santé mentale du Canada. Le présent matériel a été produit grâce à la contribution financière de Santé Canada.

# Table des matières

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>Contexte .....</b>	<b>1</b>
<b>Activités de recherche menées durant la première année .....</b>	<b>3</b>
<b>Principales activités et constatations.....</b>	<b>4</b>
Analyse documentaire .....	4
Groupes de discussion : rétroaction de personnes ayant un savoir expérientiel .....	4
Analyse environnementale des outils de mesure de la stigmatisation structurelle et recherche de partenaires éventuels .....	5
<b>Cadre d'action .....</b>	<b>6</b>
<b>Prochaines étapes .....</b>	<b>10</b>
<b>Références .....</b>	<b>12</b>

# Introduction

En 2019, la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) a lancé un programme visant à mieux comprendre le problème que représente la stigmatisation structurelle entourant les problèmes de santé mentale et de consommation de substances dans les établissements de soins de santé. La première année de cette initiative comportait trois principales activités de recherche :

- 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 mentales, de problèmes de santé mentale ou de consommation de substances (publication à venir)
- une [analyse de l'environnement](#), afin d'évaluer le besoin d'outils qui mesurent les iniquités structurelles dans les soins de santé mentale et le traitement des troubles d'usage de substances (TUS).

Cette recherche a permis de dresser un portrait détaillé de la stigmatisation structurelle : 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 sept priorités relatives à la neutralisation et l'élimination de la stigmatisation structurelle (voir **Figure 1**).

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](#). Ce 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 des problèmes de santé mentale ou de consommation de substances.

## Contexte

La stigmatisation a été définie comme un obstacle majeur à l'accessibilité des services, aux soins et au rétablissement des personnes ayant une expérience passée ou présente de maladies mentales, de problèmes de santé mentale ou de consommation de substances. Elle se manifeste à plusieurs niveaux et dans plusieurs domaines, notamment à l'intérieur du système de soins de santé. Les processus de stigmatisation influencent la conception et la prestation de soins de santé mentale et de TUS à tous les niveaux et exercent en retour un effet sur tous les aspects organisationnels, c'est-à-dire sur le plan individuel, interpersonnel, institutionnel et structurel.<sup>1-6</sup>

Des études menées précédemment dans le cadre de l'initiative Changer les mentalités de la CSMC ont brossé la toile de fond du présent rapport, avec l'élaboration préalable d'un modèle validé d'éléments clés et de pratiques exemplaires pour la conception et la mise en œuvre d'initiatives efficaces de lutte contre la stigmatisation dans les établissements de soins de santé<sup>7,8</sup>. L'initiative Changer les mentalités a également évalué bon nombre d'interventions et d'approches ciblées de réduction de la stigmatisation dans les soins de santé<sup>9-14</sup>. De nombreux ateliers et programmes fructueux évalués dans le cadre de

Changer les mentalités sont disponibles à l'échelle du Canada (par l'entremise de la CSMC ou d'autres programmes en ligne) pour un large éventail de publics de fournisseurs de soins de santé.

Pourtant, malgré le succès de Changer les mentalités – et aussi fondamentale que puisse être cette initiative dans le cadre des programmes de formation sur la réduction de la stigmatisation chez les professionnels de la santé – nous avons appris que les activités de formation ne suffisent pas. Par exemple, alors que les programmes ponctuels produisent généralement des gains à court ou moyen terme dans les attitudes et les intentions de comportement des praticiens, si les initiatives ne sont pas déployées de façon générale et approfondie et si elles ne sont pas maintenues et renforcées, elles sont beaucoup moins susceptibles de générer un changement de culture, cette dernière étant un important moteur de la stigmatisation structurelle<sup>15-18</sup>. Bref, nous en sommes venus à comprendre que la stigmatisation devait être combattue à tous les niveaux et dans plusieurs domaines pour générer des retombées positives à long terme. Bien qu'une telle mise en œuvre approfondie doive inclure des formations et viser à réduire la stigmatisation au niveau individuel et interpersonnel, elle doit également accorder une attention soutenue à la stigmatisation structurelle dans les établissements de soins de santé<sup>19,20</sup>.

Il ressort également que la stigmatisation multidimensionnel, dont les impacts peuvent être amplifiés à la suite d'un recoupement de multiples inégalités ou expériences de marginalisation, constitue une autre préoccupation majeure non encore suffisamment traitée.<sup>21</sup>. Dans ce type de stigmatisation, on a tendance à se concentrer sur combattre le phénomène dans le cadre de la maladie mentale *ou* de l'usage de substances, mais rarement les deux ensembles. Conscients du chevauchement et du recoupement entre l'usage de substances et la maladie mentale, lesquels font également partie de la stigmatisation dans ces domaines, notre approche a consisté à explorer la stigmatisation structurelle dans les établissements de soins de santé à travers un regard qui comprend les deux.

Par conséquent, notre intention est de nous attaquer à la stigmatisation en lien avec la maladie mentale et l'usage de substances principalement en tant que problème systémique ou structurel, tout en misant sur les efforts de recherche antérieurs faits par la CSMC, et sur l'important travail de l'Agence de la santé publique du Canada.\*

*La stigmatisation structurelle renvoie aux activités cumulées d'organisations et de systèmes qui, volontairement ou non, créent et maintiennent des inégalités sociales au désavantage des personnes ayant une expérience présente ou passée de maladies mentales, de problèmes de santé mentale ou de consommation de substances.*

---

\* Consulter [Un guide d'introduction pour réduire la stigmatisation liée à la consommation de substances au sein du système de santé canadien](#) et [Lutte contre la stigmatisation : vers un système de santé plus inclusif](#).

Dans ce rapport, la stigmatisation structurelle renvoie aux activités cumulées d'organisations qui, volontairement ou non, créent et maintiennent des inégalités sociales au désavantage des personnes ayant une expérience présente ou passée de maladies mentales, de problèmes de santé mentale ou de consommation de substances. 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)<sup>22</sup>. La stigmatisation structurelle est particulièrement dangereuse et préjudiciable parce qu'elle représente 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. Elle peut également inciter des personnes bien intentionnées et impartiales à adopter des comportements discriminatoires.

En plus de mettre en lumière les principales activités et conclusions de recherche issues de la première année du programme sur la stigmatisation structurelle de la CSMC, le présent rapport propose un survol du cadre d'action. Tout en reconnaissant que la stigmatisation agit à différents niveaux (c.-à-d. individuel, interpersonnel, institutionnel et de la population), ce cadre porte principalement sur la stigmatisation structurelle ou institutionnelle et se limite aux environnements de soins de santé. À ce niveau, il décrit le fonctionnement du processus de stigmatisation, les interventions prometteuses pouvant l'enrayer ainsi que les résultats éventuels sur le plan de la santé et de la qualité de vie qui découleraient de sa réduction et de son élimination.

Ceci dit, il est important de réitérer que tous les niveaux de stigmatisation sont interliés et que renforcer les établissements de soins de santé ne peut pas se faire en vase clos, mais fait partie intégrante d'un tissu social et d'une culture plus larges. Ainsi, les systèmes de soins de santé façonnent des normes, des valeurs et des institutions sociales et sont à leur tour façonnés par ces mêmes normes, valeurs et institutions, y compris les lois, les idéologies politiques, les politiques et priorités gouvernementales, les croyances sociales sur la santé, la maladie, les institutions scientifiques, et les systèmes d'enseignement et de formation. Le cadre d'action proposé dans le présent rapport (voir la Figure 2) devrait être interprété dans ce contexte plus large.

À l'instar du cadre d'action présenté dans le rapport annuel 2019 de l'administratrice en chef de la santé publique, le cadre proposé dans le présent rapport peut servir de guide pour 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 sur le plan du bien-être des personnes ayant des problèmes de santé mentale ou de consommation de substances.

## Activités de recherche menées durant la première année

L'objectif global du programme de la CSMC est de déceler et de réduire la stigmatisation structurelle entourant les problèmes de santé mentale et de consommation de substances dans les établissements de soins de santé, et ce, au niveau des politiques, des pratiques et des systèmes, de même que dans la culture organisationnelle des soins de santé. Dans cette optique, trois principales activités ont été réalisées durant la première année :

- une [analyse documentaire](#) approfondie contenant des recommandations clés et des approches suggérées<sup>22</sup>
- une étude de recherche qualitative, réalisée auprès de groupes de discussion formés de personnes ayant une expérience passée ou présente de problèmes de santé mentale ou de consommation de substances, qui avait pour but de définir les principales priorités et domaines d'intervention quant aux changements structurels à opérer dans le système de santé<sup>23</sup>
- une [analyse environnementale](#) des outils existants mesurant les iniquités structurelles dans les soins de santé mentale et de TUS, dans le but d'évaluer le besoin de nouveaux outils de mesure et d'audit et de cibler des partenaires éventuels pouvant participer à l'élaboration et à la mise en œuvre de ces outils<sup>24</sup>

## Principales activités et constatations

### Analyse documentaire

L'analyse documentaire<sup>25</sup> a révélé deux principales problématiques en ce qui concerne la stigmatisation structurelle. La première est le défaut systémique d'assurer un accès à des soins de qualité fondés sur les meilleures données probantes aux personnes ayant une expérience passée ou présente de maladies mentales, de problèmes de santé mentale ou de consommation de substances. Ce défaut est principalement attribuable à des mécanismes structurels : la distribution inéquitable des ressources, le sous-traitement des problèmes de santé physique, le refus des services et la fragmentation des soins. La deuxième problématique est le fait que les personnes ayant un savoir expérientiel reçoivent systématiquement des soins de qualité moindre, autant pour leurs besoins de santé physique que ceux de santé mentale. Les principales sources structurelles de ces soins inférieurs sont : les attitudes négatives et les mauvaises pratiques des fournisseurs de soins; les interactions et les expériences indésirables dans les services de santé; et le recours excessif à des approches coercitives ou paternalistes.

La solution à ces problématiques est axée sur la nécessité de se doter d'une stratégie globale poursuivant les objectifs suivants :

- améliorer les attitudes et les pratiques des professionnels de la santé et d'autres intervenants du système (p. ex. les stagiaires, les décideurs), tout en mettant l'accent sur le changement aux chapitres individuel et culturel
- raffermir l'intégration et la coordination des soins
- atteindre l'équité dans l'attribution des ressources aux services et à la recherche en santé mentale et TUS
- élargir l'accès à des traitements efficaces
- mettre en place des mécanismes de surveillance de la stigmatisation structurelle
- favoriser une véritable inclusion des personnes ayant un savoir expérientiel
- renforcer et faire respecter les mesures de protection de ces personnes

### Groupes de discussion : rétroaction de personnes ayant un savoir expérientiel

La composante de recherche qualitative du projet visait à recueillir les points de vue et les commentaires de personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale ou de consommation de substances en les intégrant à trois groupes de discussion<sup>26</sup>. Les discussions avec les participants à ces

groupes portaient sur les expériences personnelles vécues, sur des exemples de stigmatisation structurelle et sur des solutions proposées. Les constats dressés concordaient avec plusieurs des thèmes recensés lors de l'analyse documentaire. Les exemples personnels en particulier ont révélé un certain nombre d'obstacles systémiques aux soins de qualité : une culture de soins marquée par des attitudes et des croyances préjudiciables; un manque d'importance accordée aux principes du rétablissement, aux soins centrés sur la personne et aux déterminants sociaux de la santé; un traitement et des interactions impersonnels et déshumanisants; l'occultation des diagnostics (lorsqu'un problème médical est négligé ou sous-traité); des locaux insuffisants ou inadéquats pour fournir des services ou des soins de santé mentale et de TUS; et un triage qui semble toujours reléguer les personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances au bas de la liste de priorités.

Les personnes ayant une expérience passée ou présente de problèmes de consommation de substances, particulièrement, font face à des obstacles stigmatisants additionnels. Par exemple, elles peuvent être incapables de trouver un médecin de famille prêt à prendre en charge des patients suivant un traitement à la méthadone, avoir de la difficulté à faire transférer leurs prescriptions d'une région à l'autre ou être incapables d'obtenir des soins intégrés de santé mentale et de TUS. En outre, les participants ont signalé des problèmes de taille dans l'effet composé de la stigmatisation et dans le fait que bien des gens ont plusieurs identités stigmatisantes.

La culture du milieu de travail dans les soins de santé a également été décrite comme étant une source majeure de stigmatisation structurelle. Les participants ont mentionné qu'une règle tacite avait toujours cours dans le système de santé : les fournisseurs eux-mêmes doivent être « endurcis » et « forts », et le fait de souffrir d'une maladie mentale ou d'être en rétablissement serait vu comme un signe de faiblesse et un possible « suicide professionnel ».

Les solutions proposées portaient sur la création d'un modèle de soins plus équitable, intégré et axé sur le rétablissement. À cet égard, les participants ont souligné l'importance de renforcer et de faire respecter les mesures de protection législatives; de mettre l'accent sur les changements politiques; de permettre aux personnes ayant un savoir expérientiel de participer à la conception et à la prestation de services, de prendre part à la recherche, ainsi que d'occuper des fonctions consultatives; et enfin, d'élaborer des critères de mesure permettant de mieux évaluer l'accès, la qualité des soins et d'autres résultats. Les principaux critères proposés par les participants étaient les temps d'attente, les décès par suicide, les évaluations de satisfaction des clients et les niveaux de soutien par les pairs. Ils ont également insisté sur l'idée que ces critères devaient être établis avec une participation significative des personnes ayant un savoir expérientiel, afin que les résultats qu'elles jugent importants soient pris en compte lors de l'élaboration des outils et des approches.

### **Analyse environnementale des outils de mesure de la stigmatisation structurelle et recherche de partenaires éventuels**

Cette composante du projet consistait en une série d'entretiens avec des répondants clés représentant 13 organisations de réglementation, de mesure du rendement, de promotion de la sécurité des patients, d'évaluation de la qualité des services de santé, de recherche et de prestation de services partout au Canada et ailleurs dans le monde<sup>27</sup>. Les résultats de cette analyse ont révélé une absence de mesure. En effet, aucun répondant clé ne connaissait d'outil ou d'instrument de mesure permettant de cibler la stigmatisation structurelle ou l'équité dans les soins de santé mentale et TUS. Voici les principaux



domaines où la mesure de la stigmatisation structurelle permettrait de s'attaquer à des préoccupations au sujet de l'accès et de la qualité des soins :

- Les iniquités dans le financement des services et de la recherche en santé mentale et TUS (p. ex. en lien avec le fardeau de la maladie et avec d'autres services et recherches), incluant la nécessité d'adopter une loi sur la parité (ou une mesure similaire) pour les patients ayant des problèmes de santé mentale ou de consommation de substances, afin d'encadrer la reddition de comptes dans le contexte des paiements de transfert fédéraux pour la santé.
- La perception des soins et la satisfaction à l'égard de ceux-ci chez les clients et patients ayant une expérience passée ou présente de problèmes de santé mentale ou de consommation de substances.
- Un tableau de bord sur la qualité et d'autres indicateurs de rendement spécifiques aux soins de santé mentale et TUS (p. ex. le pourcentage d'exactitude lors du triage aux urgences, la présence d'un protocole de stabilité médicale aux urgences, la présence d'un mécanisme de référence standard et l'adhérence à celui-ci; les temps d'attente pour voir un spécialiste de la santé mentale ou des TUS; l'équité dans les soins de suivi).
- L'inclusion d'éléments d'évaluation de la stigmatisation structurelle dans les examens institutionnels et les normes d'agrément.
- Le recours à des exemples narratifs de politiques, de pratiques et d'expériences reflétant la stigmatisation structurelle des personnes ayant un savoir expérientiel. L'utilité des exemples sous forme de récits dans le cadre de formations sur les « biais cognitifs implicites » a notamment été soulignée pour la capacité de ces récits à illustrer la situation et à obtenir l'adhésion des cliniciens et des décideurs du domaine de la santé.

Dans l'ensemble, les répondants clés ont manifesté un intérêt soutenu pour faire partie de partenariats organisationnels avec la CSMC en vue d'élaborer et de mettre en œuvre des outils de mesure ou d'audit capables de repérer et d'éliminer les iniquités et les problèmes de qualité dans les soins de santé mentale et de TUS.

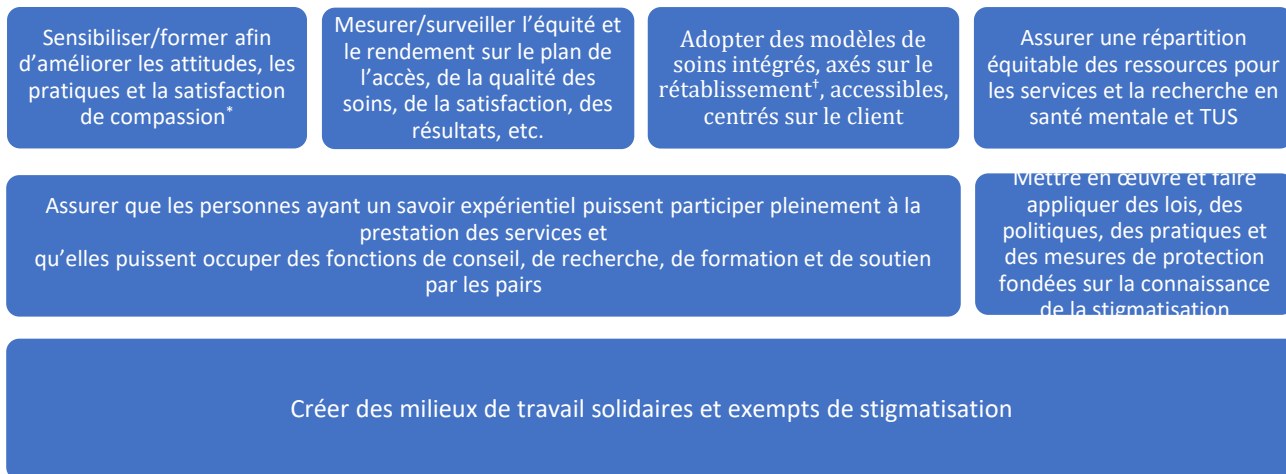
## Cadre d'action

Les conclusions des trois activités de recherche se chevauchaient et convergeaient. Conjuguées, elles dressent un portrait complet du problème de la stigmatisation structurelle : comment elle est vécue, son incidence sur les résultats en matière de santé et de qualité de vie, ainsi que les principales stratégies et approches qui permettraient de restructurer la prestation des services et des soins de santé aux personnes ayant un savoir expérientiel. Les principales conclusions peuvent être regroupées selon sept priorités relatives à la neutralisation et l'élimination de la stigmatisation structurelle (voir la **Figure 1**).

Ces sept priorités sont les suivantes : (1) améliorer les formations offertes aux travailleurs de la santé, (2) élaborer et adopter des outils d'audit, de mesure de la qualité et du rendement et de surveillance, (3) adopter des modèles de soins inclusifs et axés sur le bien-être et le rétablissement, (4) atteindre l'équité dans l'attribution de ressources aux services et à la recherche en santé mentale et TUS, (5) favoriser une véritable inclusion des personnes ayant un savoir expérientiel tout au long de la conception et de l'exécution de politiques, de services, de formations et de recherche en santé,

(6) concevoir des politiques et des pratiques axées sur la stigmatisation et accroître la prestation de soins qui soient sécuritaires sur le plan culturel, et qui tiennent compte de l’historique de traumatismes et de violence, et (7) mettre l’accent sur la culture des milieux de travail dans le domaine de la santé.

**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**



Les principaux résultats sont détaillés à la **Figure 2**, qui, comme indiqué dans l’introduction, élargit le cadre d’action contenu dans le rapport annuel 2019 de l’administratrice en chef de la santé publique<sup>28</sup>. Alors que ce cadre fait état des différents niveaux de stigmatisation (individuel, interpersonnel, institutionnel et de la population), notre tableau se concentre sur la stigmatisation entourant les problèmes de santé mentale et de consommation de substances au niveau institutionnel en particulier, qui se rapproche le plus de la notion actuelle de la stigmatisation structurelle.

\*La satisfaction de prodiguer des soins.

†Dans 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.

**Figure 2. 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.
<b>Fonctionnement de la stigmatisation</b>	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/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).
<b>Interventions pour lutter contre la stigmatisation</b>	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 <sup>29</sup> ; 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 pour 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).
	Implanter des modèles et des formations tenant compte de l'historique de traumatismes et de violence.
	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

<b>Niveau de stigmatisation</b>	<b>Institutionnel</b> : 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.
	participation significative des personnes ayant un savoir expérientiel, des soins tenant compte de l'historique de traumatismes et de violence).
	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).
	Examiner régulièrement les politiques et les pratiques, en utilisant un point de vue tenant compte de la stigmatisation.
	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.
	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.
	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.
<b>Résultats éventuels</b>	Un environnement institutionnel inclusif, accueillant, diversifié et sécuritaire.
	Des organisations capables de répondre aux besoins de toutes les populations, incluant les personnes ayant un savoir expérientiel.
	Un recul des croyances et des attitudes stigmatisantes chez le personnel et dans l'ensemble des organisations.
	De meilleures évaluations des soins par les patients/clients et une satisfaction et une confiance accrues de ceux-ci.
	De meilleurs résultats chez les patients/clients (santé physique et mentale des personnes ayant un savoir expérientiel; qualité de vie de ces personnes).
	Participation plus hâtive des personnes ayant un savoir expérientiel aux soins qu'elles reçoivent en raison d'une demande d'aide plus hâtive.
	Meilleure rétention des personnes ayant des problèmes de santé mentale ou de consommation de substances dans les soins et les traitements.
	Soins plus appropriés et fondés sur les meilleures données probantes fournis aux personnes ayant un savoir expérientiel.
	Satisfaction de compassion accrue chez le personnel.
	Santé mentale du personnel de la santé améliorée.
	Moins de temps d'absence du travail; rétention des travailleurs accrue.
	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 au Canada, représentée par la ministre de la Santé.

## Prochaines étapes

Quelques-unes des solutions proposées (p. ex. l'équité dans l'attribution des ressources) dépendront d'actions politiques et législatives, alors que d'autres nécessiteront des interventions au niveau des politiques et des pratiques organisationnelles, notamment dans différents départements. Mais parmi les solutions que la CSMC a pour mandat de soutenir, d'élaborer et de mettre en œuvre, par l'entremise de la recherche et en partenariat avec d'autres organisations, la CSMC a retenu quatre principales activités qui seront réalisées durant la deuxième année de son programme de lutte contre la stigmatisation structurelle :

- Suivant une démarche d'étude de cas, trouver et décrire des modèles de soins innovateurs déployés dans les régions sanitaires, les hôpitaux, les centres de santé communautaire et d'autres établissements de soins de santé qui appliquent les lignes directrices contenues dans ce rapport et qui pourraient être prônés comme pratiques prometteuses pour la neutralisation et l'élimination de la stigmatisation structurelle.
- Élaborer et mettre en œuvre un module de formation sur la stigmatisation structurelle entourant les problèmes de santé mentale et de consommation de substances à l'intention des dirigeants du système de santé, des décideurs, des cliniciens et d'autres intervenants du système de santé. Une telle formation contribuerait à sensibiliser les participants et à définir le problème de la stigmatisation structurelle tout en suscitant un sentiment d'urgence chez les agents capables de provoquer et de soutenir le changement au sein de leur organisation, dans leur milieu de travail et dans le système de santé de façon plus générale.
- En collaboration avec des partenaires intéressés, concevoir et mettre à l'essai un ou des outils de mesure que les organisations pourraient utiliser pour examiner les sources de stigmatisation structurelle; pour surveiller les progrès réalisés dans les changements de politiques et de pratiques; et pour évaluer les interventions éducatives sur la culture organisationnelle de bienveillance destinées au personnel et à d'autres publics.
- Compiler des récits et utiliser des exemples d'« expériences personnelles » comme moyen de faire connaître la stigmatisation et d'illustrer ses manifestations dans le système de santé et plus précisément dans l'accès aux soins, dans l'organisation et dans la prestation de ceux-ci. Ces récits refléteraient les points de vue des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale et de consommation de substances, ainsi que ceux des professionnels de la santé et d'autres intervenants du système de santé.

De plus, de nombreuses activités de la CSMC en cours dans d'autres secteurs de programmes et de priorités favorisent la réduction de la stigmatisation structurelle dans le domaine de la santé. Ces activités sont les suivantes :

- continuer à réclamer une plus grande équité dans les budgets de santé consacrés aux soins de santé mentale et TUS
- promouvoir une adoption plus large de pratiques axées sur le rétablissement dans les soins de santé au moyen de l'élaboration et de la promotion d'une trousse d'outils de mise en œuvre<sup>30</sup>
- fournir une orientation et du soutien aux organisations de soins de santé qui adoptent la *Norme nationale du Canada sur la santé et la sécurité psychologiques en milieu de travail*<sup>31</sup>

- diffuser des programmes de réduction de la stigmatisation et de promotion de la santé mentale et de la résilience fondés sur des données probantes aux organisations et aux fournisseurs de soins de santé (par l'entremise de programmes comme L'esprit au travail, Comprendre la stigmatisation et d'autres)<sup>32-34</sup>
- poursuivre l'évaluation et le déploiement à plus grande échelle de programmes et d'approches ayant démontré leur efficacité à enrayer la stigmatisation entourant la consommation d'opioïdes et d'autres substances dans les populations de professionnels de la santé et de premiers intervenants<sup>35</sup>

# Références

- <sup>1</sup>Knaak, S., E. Mantler et A. Szeto. « Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions », *Healthcare Management Forum*, vol. 30, 2017, p. 111-116.  
doi:10.1177/0840470416679413
- <sup>2</sup>Henderson, C., J. Noblett, H. Parke, S. Clement, A. Caffrey, O. Gale-Grant, G. Thornicroft et coll. « Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings », *Lancet Psychiatry*, vol. 1, 2014, p. 467-482.  
[https://doi/10.1016/S2215-0366\(14\)00023-6](https://doi/10.1016/S2215-0366(14)00023-6)
- <sup>3</sup>Livingston, J. D. *Mental illness-related structural stigma: The downward spiral of systemic exclusion* (en ligne), 2013. Sur Internet :  
[https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHCC\\_OpeningMinds\\_MentalIllness-RelatedStructuralStigmaReport\\_ENG\\_0\\_0.pdf](https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHCC_OpeningMinds_MentalIllness-RelatedStructuralStigmaReport_ENG_0_0.pdf)
- <sup>4</sup>Stuart, H., J. Arboleda-Florez et N. Satorius. *Paradigms lost: Fighting stigma and the lessons learned*, Toronto, Canada, Oxford University Press, 2012.
- <sup>5</sup>Knaak, S., S. Patten et T. Ungar. « Mental illness stigma as a quality-of-care problem », *Lancet Psychiatry*, vol. 2, 2015, p. 863-864. [https://doi/10.1016/S2215-0366\(15\)00382-X](https://doi/10.1016/S2215-0366(15)00382-X)
- <sup>6</sup>Stangl, A. L., V. A. Earnshaw, C. H. Logie, W. van Brakel, L. C. Simbayi, I. Barré et J. F. Dovidio. « The Health Stigma and Discrimination Framework: A global, crosscutting framework to inform research, intervention development, and policy on health-related stigmas », *BMC Medicine*, vol. 17, article 31, 2019, p. 1-13.  
<https://doi/10.1186/s12916-019-1271-3>
- <sup>7</sup>Knaak, S., G. Modgill et S. Patten. « Key ingredients of anti-stigma programs for health care providers: A data synthesis of evaluative studies », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 59, suppl. 1, 2014, p. s19-s26.  
<https://doi/10.1177/070674371405901s06>
- <sup>8</sup>Knaak, S. et S. Patten. « A grounded theory for reducing stigma in health professionals in Canada », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 134, suppl. 446, 2016, p. 53-62. <https://doi/10.1111/acps.12612>
- <sup>9</sup>Knaak, S., J. Karpa, R. Robison et L. Bradley. « “They are us – we are them”: Transformative learning through nursing education leadership », *Healthcare Management Forum*, vol. 29, 2016, p. 116-120.  
<https://doi/10.1177/0840470416628880>
- <sup>10</sup>Knaak, S., A. C. H. Szeto, K. Fitch, G. Modgill et S. Patten. « Stigma towards borderline personality disorder: Effectiveness and generalizability of an anti-stigma program for healthcare providers using a pre-post randomized design », *BMC*, vol. 2, article 9, 2015. <https://doi/10.1186/s40479-015-0030-0>
- <sup>11</sup>Beaulieu T., S. Patten, S. Knaak, R. Weirnerman, H. Campbell et B. Lauria-Horner. « Impact of skill-based approaches in reducing stigma in primary care physicians: Results from a double-blind, parallel-cluster, randomized controlled trial », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 62, 2017, p. 327-335.  
<https://doi/10.1177/0706743716686919>
- <sup>12</sup>Knaak, S., A. C. H. Szeto, A. Kassam, A. Hamer, G. Modgill et S. Patten. « Understanding stigma. A pooled analysis of a national program aimed at health care providers to reduce stigma towards patients with a mental illness », *Journal of Mental Health and Addiction Nursing*, vol. 1, no 1, 2017, p. e19-e29.  
<https://doi.org/10.22374/jmhan.v1i1.19>
- <sup>13</sup>Dobson K., A. Szeto et S. Knaak. « The Working Mind: A meta-analysis of a workplace mental health and stigma reduction program », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 64, suppl. 6, 2019, p. 39s-47s.  
<https://doi.org/10.1177/0706743719842559>
- <sup>14</sup>Patten, S. B., A. Remillard, L. Phillips, G. Modgill, A. C. H. Szeto, A. Kassam et D. M. Gardner. « Effectiveness of contact-based education for reducing mental illness-related stigma in pharmacy students », *BMC Medical Education*, vol. 12, article 120, 2012. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-12-120>

- 
- <sup>15</sup>Livingston, J. D. *Mental illness-related structural stigma: The downward spiral of systemic exclusion* (en ligne), 2013.
- <sup>16</sup>Knaak et coll. « Key ingredients of anti-stigma programs for health care providers: A data synthesis of evaluative studies », 2014.
- <sup>17</sup>Knaak et Patten. « A grounded theory for reducing stigma in health professionals in Canada », 2016.
- <sup>18</sup> Knaak, Szeto et coll. « Understanding stigma. A pooled analysis of a national program aimed at health care providers to reduce stigma towards patients with a mental illness », 2017.
- <sup>19</sup>Livingston, J. D. *Mental illness-related structural stigma*, 2013.
- <sup>20</sup>Pugh T., M. Hatzenbuehler et B. Link. *Structural stigma and mental illness*, 2015. Sur Internet : [https://sites.nationalacademies.org/cs/groups/dbasssite/documents/webpage/dbasse\\_170045.pdf](https://sites.nationalacademies.org/cs/groups/dbasssite/documents/webpage/dbasse_170045.pdf)
- <sup>21</sup>Livingston, J. D. *La stigmatisation structurelle des personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances dans les établissements de soins de santé : analyse documentaire*, Ottawa, Canada, Commission de la santé mentale du Canada, 2020.
- <sup>22</sup>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.
- <sup>23</sup> 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.
- <sup>24</sup>Ungar, T. et N. Moothathamby. *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*, Ottawa, Canada, Commission de la santé mentale du Canada, 2020.
- <sup>25</sup> Livingston, J. D., 2020.
- <sup>26</sup>Stuart, H. et S. Knaak. *Mental illness and structural stigma in Canadian health-care settings: Results of a focus group study*, 2020.
- <sup>27</sup>Ungar, T. et N. Moothathamby. *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*, 2020.
- <sup>28</sup>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, 2019. (Cat. : HP2-10F-PDF). Sur Internet : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/corporate/publications/chief-public-health-officer-reports-state-public-health-canada/addressing-stigma-what-we-heard/stigma-fre.pdf>
- <sup>29</sup>Knaak et coll. « Key ingredients of anti-stigma programs for health care providers », 2014.
- <sup>30</sup>Commission de la santé mentale du Canada. *Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement : espoir, dignité, citoyenneté*, 2015. Sur Internet : <https://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/media/3721>
- <sup>31</sup>Association canadienne de normalisation. *Norme nationale du Canada sur la santé et la sécurité psychologiques en milieu de travail* (rapport no CAN/CSA-Z1003-13/BNQ 9700-803/2013), 2013. Sur Internet : <https://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/ce-que-nous-faisons/sante-mentale-en-milieu-de-travail/norme-nationale>
- <sup>32</sup>Beaulieu et coll. « Impact of skill-based approaches in reducing stigma in primary care physicians: Results from a double-blind, parallel-cluster, randomized controlled trial », 2017.
- <sup>33</sup>Knaak, Szeto et coll. « Understanding stigma. », 2017.
- <sup>34</sup>Dobson et coll. « The Working Mind: A meta-analysis of a workplace mental health and stigma reduction program », 2019.
- <sup>35</sup>Knaak, S., K. Kharpal, K. Benes et M. Bartram. *Reducing opioid and substance use stigma in health care and other direct service delivery settings: Evaluations from four programs*. Ottawa, Canada, Commission de la santé mentale du Canada, 2020.





Commission de  
la santé mentale  
du Canada

Mental Health  
Commission  
of Canada



## Commission de la santé mentale du Canada

Bureau 1210, 350 rue Albert  
Ottawa, ON K1R 1A4

Tel : 613.683.3755  
Fax : 613.798.2989

[infocsmc@commissionsantementale.ca](mailto:infocsmc@commissionsantementale.ca)  
[www.commissionsantementale.ca](http://www.commissionsantementale.ca)

[@CSMC\\_MHCC](https://twitter.com/CSMC_MHCC) [f/theMHCC](https://www.facebook.com/theMHCC) [/1MHCC](https://www.youtube.com/channel/UC1MHCC) [@theMHCC](https://www.instagram.com/theMHCC)

[in/Commission de la santé mentale du Canada](https://www.linkedin.com/company/commission-de-la-santé-mentale-du-canada)