

ORDRE DE L'EXCELLENCE



RÉCIPIENDAIRE SANTÉ MENTALE AU TRAVAIL



Commission de
la santé mentale
du Canada

Mental Health
Commission
of Canada

La stigmatisation structurelle entourant la maladie mentale et la 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

Thomas Ungar, M.D., M. Éd.

Professeur agrégé, Département de psychiatrie de l'Université de
Toronto,

Chercheur associé, Li Ka Shing Knowledge Institute

psychiatre en chef, hôpital St. Michael's, Unity Health Toronto

Nivatha Moothathamby, M. Éd.

Agente de recherche adjointe, hôpital St. Michael's, Unity Health
Toronto

Commission de la santé mentale du Canada
commissionsantementale.ca

Indications concernant la citation

Citation suggérée : Ungar, T. et N. Moothathamby. *La stigmatisation structurelle entourant la maladie mentale et la 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*, Commission de la santé mentale du Canada, Ottawa, Canada, 2020.

©Commission de la santé mentale du Canada, 2020

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

ISBN : 978-1-77318-155-4 (Imprimé) 978-1-77318-158-5 (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.

Contexte

Du 1er octobre 2019 au 19 mars 2020, l'équipe de recherche sur la stigmatisation structurelle de la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) a exploré la possibilité de mettre au point un instrument d'audit en matière de santé mentale et de dépendances (SMD)*.

Nous avons repensé notre stratégie initiale afin de reformuler et de contextualiser la stigmatisation dans le cadre sur la qualité des soins dans le système de santé, particulièrement en ce qui concerne le pilier de l'équité des soins¹. Pour établir la stigmatisation comme un problème lié à la qualité des soins à l'intérieur des processus actuels de surveillance et de prestation, de nouvelles façons de penser devront être adoptées et un instrument de vérification de la qualité devra être créé².

Méthodologie

Le groupe de chercheurs a fait appel à une conception centrée sur l'individu pour son processus d'enquête et pour l'élaboration d'interventions de lutte contre la stigmatisation³. Cette méthodologie correspond aux méthodes (axées sur des facteurs humains) d'amélioration de la qualité qui sont déjà présentes dans le domaine de la santé.

Pendant les dernières étapes de ce projet, l'administratrice en chef de la santé publique du Canada dévoilait son rapport annuel 2019, intitulé [*Lutte contre la stigmatisation : vers un système de santé plus inclusif*](#).

Par hasard, ce document exhaustif présente le modèle sur les Voies de la stigmatisation menant aux résultats de santé[†] et décrit le processus de la stigmatisation de même que ses répercussions à différents niveaux : individuel, interpersonnel, institutionnel et de la population. Nous croyons que nos travaux cadrent bien avec ce rapport, puisque celui-ci nous offre un autre modèle d'organisation pour les divers prototypes et interventions rapides qui sont ressortis de nos activités de réseautage. Nos efforts consacrés spécialement à la santé mentale et à la consommation de substances pourraient également contribuer à l'objectif du rapport, qui est de mettre au point des interventions et des solutions visant à améliorer les résultats en santé.

But

Le groupe de recherche a organisé une série d'activités de réseautage afin de cibler des partenaires potentiels pour la conception, l'élaboration et la mise en œuvre de l'instrument d'audit de la stigmatisation structurelle. Dans le cadre de ce processus, nous avons effectué des recherches sur les partenaires potentiels, les principaux influenceurs au sein du système et les décideurs, pris contact et renforcé nos relations avec eux.

Nous avons communiqué avec 13 agences faisant partie d'un petit échantillon du domaine de la réglementation et de la mesure du rendement en santé à l'échelle locale, provinciale, nationale et, de façon plus ciblée, internationale. Nivatha Moothathamby a pris les dispositions appropriées, puis Thomas Ungar a interrogé un représentant de chacune des agences en personne ou par conférence

* Le terme « instrument d'audit » comprend aussi des outils similaires, par exemple, des tableaux de bord sur la qualité, des indicateurs de performance et des outils de mesure du rendement.

† Selon le rapport, ce modèle « présente une nouvelle façon de réfléchir à la stigmatisation et à la façon dont celle-ci affaiblit la santé des personnes, tout en contribuant aux iniquités en matière de santé dans la population » (p. 24).

téléphonique ou vidéo. Stephanie Knaak a assisté à deux de ces réunions. En raison d'un manque de disponibilité et du décalage horaire, nous avons recueilli les renseignements de l'une des agences par courriel*.

Nos questions d'entretien semi-structuré étaient les suivantes :

1. Actuellement, utilisez-vous ou connaissez-vous des outils ou des instruments de mesure pouvant être utilisés pour déceler et enrayer la stigmatisation structurelle? Si oui, lesquels?
2. Quelles lacunes sur le plan des paramètres de mesure et de la surveillance du système contribuent à perpétuer la stigmatisation structurelle ou à passer sa prévalence sous silence?
3. Dans quelle mesure êtes-vous intéressé à vous associer à la CSMC pour élaborer et mettre en œuvre un nouvel instrument d'audit capable de déceler et de combler les écarts en matière d'équité dans les soins de santé mentale et de dépendances?

Synthèse des résultats

1. Aucun outil ou instrument de mesure actuellement en place

Aucune agence n'utilise ou ne connaît d'outil ou d'instrument de mesure ciblant précisément la stigmatisation structurelle ou l'équité en matière de santé mentale, bien que certains groupes aient un mandat d'amélioration et de surveillance de la qualité dans les soins de santé mentale. D'autres agences ont élaboré des indicateurs de qualité de la santé mentale qui s'en rapprochent quelque peu. Ces indicateurs se classent dans les catégories suivantes :

- Audit culturel ou organisationnel : Agrément Canada possède une liste complète de critères que les pairs évaluateurs peuvent utiliser lorsqu'ils évaluent une organisation; certains critères sont classés par importance, notamment les pratiques organisationnelles requises;
- Mesure du rendement : Tableau de bord ou indicateur de qualité incluant le « recours à la contention », mais peu d'autres éléments portant précisément sur la santé mentale. L'Ontario examine la possibilité de mesurer le respect de procédures axées sur la qualité pour trois diagnostics;
- Mesure de l'équité : Certaines organisations (p. ex. l'ICIS et l'IHI) conçoivent des caractéristiques de genre et de classe socioéconomique comme des facteurs de stratification sociale servant à mesurer d'autres résultats liés aux iniquités ou aux accommodements accordés à des personnes ayant un « handicap » (en vertu, p. ex., de la *Loi sur les personnes handicapées de l'Ontario*);
- Cadre juridique : Le R.-U. est doté d'une loi sur la parité en vertu de son *Mental Health Act*, et les É.-U. ont adopté le *Mental Health Parity Act*. Ces documents consacrent la notion de parité dans les soins de santé mentale. Au Canada, le bureau national de l'ACSM a récemment réclamé de telles dispositions.

* En ce qui concerne la conception conjointe, seule une agence (Santé mentale pour enfants Ontario) représentait les patients ou les familles. D'autres consultations et suggestions seront nécessaires au sujet de la conception et de l'élaboration conjointes ainsi que de la coproduction avec les utilisateurs finaux et les personnes ayant des antécédents de maladie mentale et de consommation de substances. Le plan proposé suivra cette phase de conception et d'élaboration par l'entremise des réseaux existants et des groupes consultatifs de la CSMC, qui comprennent des personnes ayant un savoir expérientiel.

2. Principales lacunes dans la surveillance et les paramètres de mesures

- Le pourcentage des budgets totaux de santé réservé aux services de santé mentale dans les pays développés; l'écart de sept à neuf pour cent (proportion beaucoup plus faible dans les pays en développement);
- La perception des soins par les patients/clients;
- Les lacunes dans les politiques et la législation en ce qui concerne l'élimination de l'iniquité structurelle, la parité, les droits relatifs à la qualité;
- L'absence cachée, implicite ou manifeste d'indicateurs (voir les indicateurs potentiels aux pages 3 et 4);
- Les lacunes sur le plan de la vérification externe de l'organisation et de la supervision des activités de surveillance; nombre limité de critères d'évaluation de la stigmatisation structurelle (p. ex. les pratiques organisationnelles requises);
- Le recours à un récit comme stratégie pour favoriser un apprentissage transformationnel et faciliter la sensibilisation des dirigeants à la stigmatisation structurelle et les formations sur le sujet.

Indicateurs, paramètres de mesure et éléments d'audit potentiels

- **Financement**
 - pourcentage du budget alloué à la SMD (assorti d'une cible);
 - équité dans l'attribution des ressources budgétaires (c.-à-d. un financement équitable des programmes de SMD en comparaison avec d'autres postes budgétaires, au chapitre de l'augmentation ou de la réduction des fonds, des compressions, des investissements stratégiques, etc.).
- **Infrastructure**
 - temps relatif écoulé depuis la dernière construction neuve ou rénovation de locaux consacrés au traitement des problèmes de santé mentale et de consommation de substances (souvent relégués aux ailes les plus vieilles et délabrées d'un établissement et parmi les dernières à être rénovées).
- **Triage**
 - pourcentage d'exactitude dans le triage des patients ayant des problèmes de santé mentale ou de consommation de substances, selon les niveaux établis par l'ÉCTG ou le SIGDU.
- **Accès**
 - égalité dans les temps d'attente pour voir un spécialiste en SMD (infirmière autorisée, travailleur social, ergothérapeute, psychiatre).
- **Satisfaction des patient/clients**
 - outil, mesure ou pointage, par comparaison aux services médicaux et chirurgicaux;
 - protocole sur la stabilité médicale dans les services d'urgences et mécanisme standard d'orientation vers des services de SMD et pourcentage d'adhésion (p. ex. presque jamais, parfois, presque toujours).

- **Soins de suivi**
 - équité, disponibilité et temps d'attente pour un suivi aux urgences ou comme patient hospitalisé (p. ex. 30 jours), en comparaison avec le délai de suivi aux soins intensifs en cas de problème de santé physique.
- **Dépistage et évaluation**
 - dépistage et évaluation de la santé physique (poids, pression artérielle, taux de lipides, statut vaccinal, etc.) chez les personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances; de plus, on note l'absence d'évaluation standard et un manque d'outils pour les populations à risque élevé.
- **Participation des patients/clients**
 - outil évaluant l'accès, la mobilisation et les résultats fonctionnels (c.-à-d. la qualité de vie du patient/client, sa capacité, etc.

Références

¹ 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.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00382-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00382-X)

² Ungar, T. et S. Knaak. « Towards a mental health inequity audit », *Lancet Psychiatry*, vol. 4 (2017), p. 583. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30281-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30281-X)

³ Ungar, T., S. Knaak et A. C. H. Szeto. « Theoretical and practical considerations for combating mental illness stigma in health care », *Community Mental Health Journal*, vol. 52 (2007), p. 262-271. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9910-4>



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
www.commissionsantementale.ca

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

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