



Comprendre la stigmatisation : Résultats de l'évaluation de la stigmatisation entourant les opioïdes

Un cours virtuel conçu pour améliorer les attitudes des fournisseurs de soins de santé et des premiers intervenants à l'égard des personnes ayant une maladie mentale peut-il réduire la stigmatisation associée aux opioïdes?

Commission de la santé mentale du Canada
commissionsantementale.ca

This document is available in English.

Indications concernant la citation

Citation suggérée : Commission de la santé mentale du Canada. *Comprendre la stigmatisation : Résultats de l'évaluation de la stigmatisation entourant les opioïdes*, Ottawa, Canada, chez l'auteur, 2021.

© 2021, 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 : 978-1-77318-217-9

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

Introduction : La stigmatisation et la crise des opioïdes.....	1
Description du programme	2
Démarche d'évaluation	3
Résultats	4
Caractéristiques des participants.....	4
Variation du pointage moyen entre les deux questionnaires.....	5
Variation dans le seuil de réussite entre les questionnaires remplis avant et après l'intervention	7
Résumé et conclusion	8
Références	10
Annexe.....	11

Introduction : La stigmatisation et la crise des opioïdes

La crise des opioïdes continue de toucher des milliers de personnes chaque année au Canada. Entre janvier 2016 et juin 2020, plus de 17 000 décès apparemment liés aux opioïdes ont été comptabilisés, avec un sommet pour une même période de 1 628 décès entre avril et juin 2020¹. Alors que des données antérieures laissaient croire à une diminution des décès liés aux opioïdes entre 2018 et 2019, les statistiques récentes révèlent que les décès sont repartis à la hausse dans le contexte de la pandémie de COVID-19. En plus des décès liés aux opioïdes, on a dénombré plus de 21 000 hospitalisations liées à l'intoxication aux opioïdes au Canada entre janvier 2016 et juin 2020². Ce nombre représente seulement une fraction des interactions des personnes qui consomment des opioïdes avec les fournisseurs de services de santé (FSS) et les premiers répondants (PR).

Il est bien établi que le public détient des opinions stigmatisantes à l'égard des personnes consommant des substances³. Toutefois, les personnes qui consomment des opioïdes doivent en plus faire face à la stigmatisation entourant le traitement à la médication d'entretien, même si celui-ci est considéré comme une pratique exemplaire dans le traitement de la dépendance aux opioïdes⁴. En outre, on ne reconnaît pas suffisamment le fait que dans bien des cas, les problèmes de consommation d'opioïdes résultent de la surprescription de la part des médecins⁵. Les attitudes et les croyances négatives associées à la consommation d'opioïdes se manifestent dans les interactions avec le public autant qu'avec les FSS et les PR. La stigmatisation chez les FSS et les PR renforce les obstacles aux soins et réduit la qualité des services reçus par les personnes consommant des opioïdes⁶. Les personnes demandant ou suivant un traitement pour un trouble lié à la consommation d'opioïdes ont rapporté avoir vécu des sentiments de dégradation, de négligence et de dévalorisation lors des contacts avec les FSS et les PR⁷.

En 2017, la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) a entrepris d'étudier les effets de la stigmatisation chez les FSS et les PR sur la prestation des services et les soins reçus par les personnes consommant des opioïdes*. L'un de ses principaux constats a été la nécessité de fournir davantage d'information et de formations tenant compte de la stigmatisation aux FSS et aux PR en faisant appel à des méthodes basées sur l'interaction^{8,9}. L'interaction sociale renvoie à la participation directe et significative de personnes ayant un savoir expérientiel présent ou passé de la consommation de substances ou d'opioïdes. Cette participation peut prendre la forme de témoignages lors de la conception du programme ou lors des formations^{10,11}. De nombreuses études réalisées partout dans le monde ont démontré l'efficacité des méthodes basées sur l'interaction. Ces dernières, largement considérées comme des pratiques exemplaires de réduction de la stigmatisation¹², ont été mises à profit avec succès par la CSMC dans plusieurs de ses initiatives de réduction de la stigmatisation entourant la maladie mentale¹³.

En 2019, la CSMC a amorcé une deuxième étude afin de recenser et d'évaluer des programmes de lutte contre la stigmatisation destinés spécifiquement aux FSS et aux PR. Cette étude visait à déterminer les

* Cette initiative relevant du programme Changer les mentalités de la CSMC a été financée par Santé Canada.

mesures qui fonctionnent et pourquoi elles sont efficaces dans le but de partager, de promouvoir et de reproduire ces conclusions ainsi que d'étayer l'expansion des programmes et des pratiques efficaces.

Ce rapport présente les résultats pour l'un des quatre programmes évalués par la CSMC dans le cadre de cette étude : Comprendre la stigmatisation, un programme de formation virtuel basé sur les contacts sociaux qui porte sur les problèmes de santé mentale et les troubles concomitants. Ce cours gratuit autodirigé (adapté dans le cadre du programme Changer les mentalités de la CSMC) s'adresse aux fournisseurs de soins de santé et d'autres services directs.

Description du programme

Comprendre la stigmatisation est une intervention en ligne gratuite de réduction de la stigmatisation conçue pour les FSS et autres cliniciens. Fondée sur l'interaction sociale (notamment les récits et les points de vue livrés en personne et par vidéo) comme composante d'enseignement fondamentale, elle comporte aussi d'autres éléments éducatifs et un volet d'actions concrètes. Le cours a été adapté par la CSMC à partir d'un atelier conçu par un Réseau local d'intégration des services de santé du Centre (Ontario). Il est hébergé à l'adresse comprendrelastigmatisation.ca, sur le [site web](#) (seulement disponible en anglais) dédié aux formations du Centre de toxicomanie et de santé mentale.

Comprendre la stigmatisation a pour but d'améliorer les attitudes et les intentions de comportement à l'égard des personnes vivant avec des problèmes de santé mentale et de dépendance. Le cours est composé de trois modules : (1) la sensibilisation, (2) les effets de la stigmatisation et (3) la lutte contre la stigmatisation et la discrimination. Pour obtenir leur lettre d'attestation de formation, les participants doivent terminer une série d'activités autodirigées et de questionnaires. Les objectifs d'apprentissage sont les suivants :

- Expliquer la stigmatisation et ses causes et décrire comment la stigmatisation se manifeste dans les établissements de soins de santé.
- Décrire les effets de la stigmatisation sur les personnes ayant des antécédents de maladie mentale et démontrer pourquoi il est important que ces personnes partagent leur expérience.
- Décrire la relation entre stigmatisation, maladie mentale et dépendance.
- Repérer des croyances erronées courantes au sujet de la maladie mentale et de la dépendance.
- Décrire l'influence mutuelle entre la maladie mentale et la dépendance et l'incidence potentielle de la stigmatisation sur le diagnostic et l'accès aux services.
- Décrire les mesures qui sont prises pour enrayer la stigmatisation dans les établissements de santé et déterminer ce que les FSS peuvent faire pour contribuer à cette lutte.
- Trouver des moyens de réduire la stigmatisation, les préjugés et la discrimination.
- Démontrer que l'intégration de la sensibilisation axée sur le rétablissement et tenant compte des traumatismes à la démarche de soins permet de freiner la stigmatisation.
- Définir des stratégies pour réduire l'emploi d'un langage stigmatisant et enseigner aux participants à privilégier un langage respectueux à l'oral et à l'écrit (paragraphe 4) ¹⁴.

Comprendre la stigmatisation, principalement conçu pour améliorer les attitudes et les intentions de comportement face aux personnes aux prises avec la maladie mentale, a systématiquement montré des résultats positifs à cet égard¹⁵. Toutefois, son potentiel pour améliorer les attitudes et les intentions de

comportement face aux personnes ayant une expérience passée ou présente de consommation de substances n'avait pas été étudié précédemment, bien que les problèmes de consommation de substances et les troubles concomitants soient mentionnés dans chacun des modules. Même s'il ne porte pas sur les opioïdes en particulier, le cours peut néanmoins avoir une incidence positive sur les attitudes et les intentions de comportement lorsqu'il est question d'usage d'opioïdes. Pour approfondir cette question, la CSMC a évalué le programme Comprendre la stigmatisation au moyen de l'Échelle de mesure de l'attitude des fournisseurs de soins face à la consommation d'opioïdes de l'initiative Changer les mentalités (ÉMAFCO-CM) (voir l'annexe)¹⁶. La démarche et la méthodologie d'évaluation sont décrites dans la section ci-dessous.

Démarche d'évaluation

L'ÉMAFCO-CM, composée de 19 éléments d'évaluation, a été mise au point précisément pour mesurer les attitudes et les comportements des FSS et des PR à l'égard des personnes ayant des problèmes liés à la consommation d'opioïdes*.

Pour évaluer l'évolution dans les attitudes et les intentions de comportement des participants, ces derniers étaient invités à remplir les formulaires en ligne de l'ÉMAFCO-CM immédiatement avant et après le cours. Pour chacun des énoncés du questionnaire, ils devaient indiquer leur degré d'accord sur une échelle de 1 à 5 points : *fortement en accord, d'accord, neutre, en désaccord ou fortement en désaccord*. Les pointages moyens sur l'ÉMAFCO-CM peuvent s'étendre de 1 à 5, les pointages plus faibles reflétant les attitudes plus positives (moins de stigmatisation).

Des codes d'identification uniques ont été créés afin que les questionnaires remplis avant et après le cours puissent être associés aux fins de l'analyse. Des tests *t* pour échantillons appariés ont été utilisés pour analyser la signification statistique de la variation des pointages moyens entre les deux questionnaires à un niveau de confiance de 95 %. Les ampleurs d'effet (le *d* de Cohen) ont aussi été calculées pour estimer le degré de changement. Traditionnellement, un critère de référence est utilisé pour interpréter les ampleurs d'effet. Les valeurs autour de 0,20 sont associées à un effet faible, celles autour de 0,50, à un effet moyen et celles de 0,80 et plus, à un effet considérable.

En outre, les pointages sur l'ÉMAFCO-CM ont été évalués à partir d'une mesure du « seuil de réussite ». Cette analyse était basée sur un examen du nombre de participants ayant atteint un seuil de réussite minimal de 80 % sur l'échelle dans les questionnaires remplis avant et après l'intervention. Autrement dit, elle portait sur le nombre de participants ayant répondu de façon non stigmatisante à au moins 16 des 19 énoncés. La mesure du seuil de réussite a été produite par le recodage de chacune des réponses des participants afin qu'elles représentent des réponses soit stigmatisantes, soit non stigmatisantes. Par exemple, l'affirmation « Les personnes aux prises avec des problèmes d'usage d'opioïdes sont responsables de leurs problèmes » est recodée comme une réponse non stigmatisante si le participant se dit « fortement en désaccord » ou « en désaccord » et comme une réponse stigmatisante s'il répond « neutre », « d'accord » ou « fortement en accord ». Le recodage a été effectué pour les réponses soumises dans les questionnaires avant et après le cours. Bien qu'il soit quelque peu

*Bien que l'échelle de mesure originale comportait 24 éléments, les résultats issus d'analyses psychométriques récentes suggèrent l'adoption d'une solution à 19 facteurs individuels (données non publiées). Communiquez avec Stephanie Knaak à l'adresse sknaak@commissionsantementale.ca pour obtenir de plus amples renseignements.

arbitraire, nous avons utilisé ce seuil dans d'autres évaluations pour révéler le nombre de participants obtenant une note de A ou mieux avant et après une séance d'apprentissage¹⁷.

Des renseignements démographiques de base ont aussi été recueillis.

Résultats

Nous avons recueilli des données sur 1 276 participants ayant suivi le programme entre juillet 2019 et février 2020. De ce nombre, 823 participants ont rempli le questionnaire avant et après le cours. Nous avons utilisé ces 823 questionnaires appariés comme base d'analyse des retombées de l'intervention.

Caractéristiques des participants

Les caractéristiques des participants ayant rempli les deux questionnaires sont présentées dans le Tableau 1. La plupart des répondants étaient des femmes (87,2 %) âgées de 21 à 40 ans (21-30 ans = 39,3 %, 31-40 ans = 22,5 %). Les participants représentaient un éventail de professions liées aux services de santé; la majorité d'entre eux étaient infirmières (32,6 %) ou professionnels paramédicaux, par exemple pharmaciens, travailleurs sociaux ou ergothérapeutes (29,9 %).

Un examen des différences entre les participants a révélé que les personnes qui avaient rempli les deux questionnaires étaient en moyenne plus jeunes que celles qui n'en avaient rempli qu'un seul (âge moyen, deux questionnaires = 35,9 ans, écart-type = 12,78; âge moyen, un questionnaire = 38,0 ans, écart-type = 11,87; variable t (1 169) = 2,61, p = 0,009).

Tableau 1. Caractéristiques des participants : Programme Comprendre la stigmatisation

	<i>n</i>	Pourcentage de validité*
Genre		
Femmes	666	87,2 %
Hommes	94	12,3 %
Non binaire	4	0,5 %
Indéterminé	59	
Âge		
20 ans et moins	31	3,9 %
21-30 ans	309	39,3 %
31-40 ans	177	22,5 %
41-50 ans	147	18,7 %
51-60 ans	92	11,7 %
Plus de 60 ans	30	3,8 %
Indéterminé	37	
Profession		
Personnel infirmier	259	32,6 %
Médecins	11	1,4 %
Professionnels paramédicaux	238	29,9 %

Techniciens médicaux/de laboratoire	8	1,0 %
Postes administratifs/non médicaux	103	13,0 %
Étudiants (disciplines diverses)	108	13,6 %
Travailleur de soutien	33	4,2 %
Autres	35	4,4 %
Indéterminé	28	

$n = 823$ *Le pourcentage de validité signifie que les données manquantes ont été exclues du calcul du pourcentage.

Variation du pointage moyen entre les deux questionnaires

L'évaluation de la fiabilité de l'outil a révélé une forte cohérence interne aux deux moments (coefficient alpha de Cronbach = 0,95 avant le cours; 0,97 après le cours). Cela signifie que l'Échelle possède un niveau acceptable de fiabilité ou de stabilité pour cet échantillon.

Les pointages totaux moyens des participants aux questionnaires de l'ÉMAFCO-CM remplis avant et après le cours sont représentés au Tableau 2. Les pointages totaux moyens sont passés de 2,00 (écart-type = 0,78) avant le cours à 1,84 (écart-type = 0,79) après le cours, pour une amélioration du pointage moyen relatif de 8,0 %. Ce changement a été déterminé significatif sur le plan statistique au niveau de confiance de 95 % : ($t[822] = 8,63$; $p < 0,001$) avec une ampleur d'effet (le d de Cohen) de 0,20, ce qui est considéré comme faible.

Tableau 2. Pointages sur l'Échelle avant et après l'intervention : Programme Comprendre la stigmatisation

	Moyenne avant le cours (écart-type)	Moyenne après le cours (écart-type)	Test t	Variable p	Ampleur de l'effet (le d de Cohen)
ÉMAFCO-CM (19 énoncés)	2,00 (0,78)	1,84 (0,79)	$t(822) = 8,63$	$< 0,001$	0,20

La variation des pointages pour les énoncés individuels de l'ÉMAFCO-CM a aussi été évaluée. Cette analyse a révélé des améliorations statistiquement significatives (au niveau de confiance de 95 %) entre les questionnaires remplis avant et après l'intervention pour tous les énoncés de l'outil, sauf un. Pour les 18 énoncés ayant affiché une variation significative positive, l'écart le plus grand a été mesuré pour les énoncés suivants, avec des amplitudes d'effet allant de 0,19 à 0,30 :

- « Les personnes aux prises avec des problèmes d'usage d'opioïdes sont responsables de leurs problèmes » (d de Cohen = 0,20).
- « Les personnes aux prises avec des problèmes d'usage d'opioïdes coûtent trop cher au système » (d de Cohen = 0,19).
- « Les personnes aux prises avec des problèmes d'usage d'opioïdes ne sont pas dignes de confiance » (d de Cohen = 0,30).
- « Les personnes aux prises avec des problèmes d'usage d'opioïdes ne pensent qu'à leur prochaine dose » (d de Cohen = 0,24).

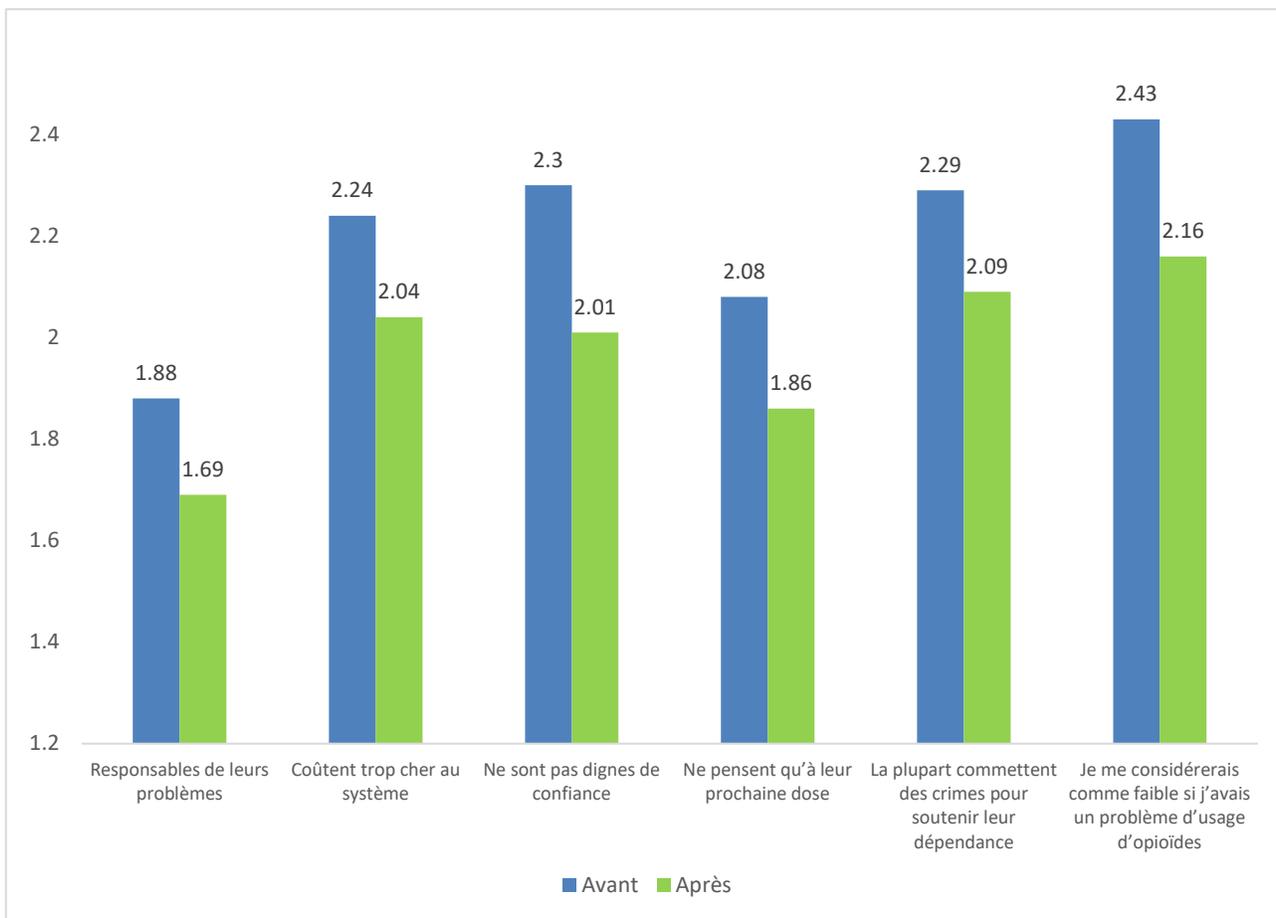
- « La plupart des personnes aux prises avec des problèmes d'usage d'opioïdes commettent des crimes pour soutenir leur dépendance » (d de Cohen = 0,19).
- « Je me considérerais comme faible si j'avais un problème d'usage d'opioïdes » (d de Cohen = 0,24).

La variation des pointages pour ces énoncés est illustrée à la Figure 1.

Aucun énoncé n'a affiché de variation significative négative entre les questionnaires distribués avant et après l'intervention. Le seul énoncé pour lequel une légère variation négative a été constatée (c.-à-d. aucune amélioration statistiquement significative entre les deux questionnaires) est le suivant :

- « Si un(e) collègue discutait négativement des personnes aux prises avec des problèmes d'usage d'opioïdes, je serais plutôt enclin(e) à discuter d'elles négativement aussi » (moyenne avant le cours = 1,98, écart-type = 1,0; moyenne après le cours = 1,95, écart-type = 1,1).

Figure 1. Énoncés ayant enregistré la plus grande variation dans la stigmatisation entourant les personnes ayant des problèmes de consommation d'opioïdes entre les deux questionnaires
Comprendre la stigmatisation

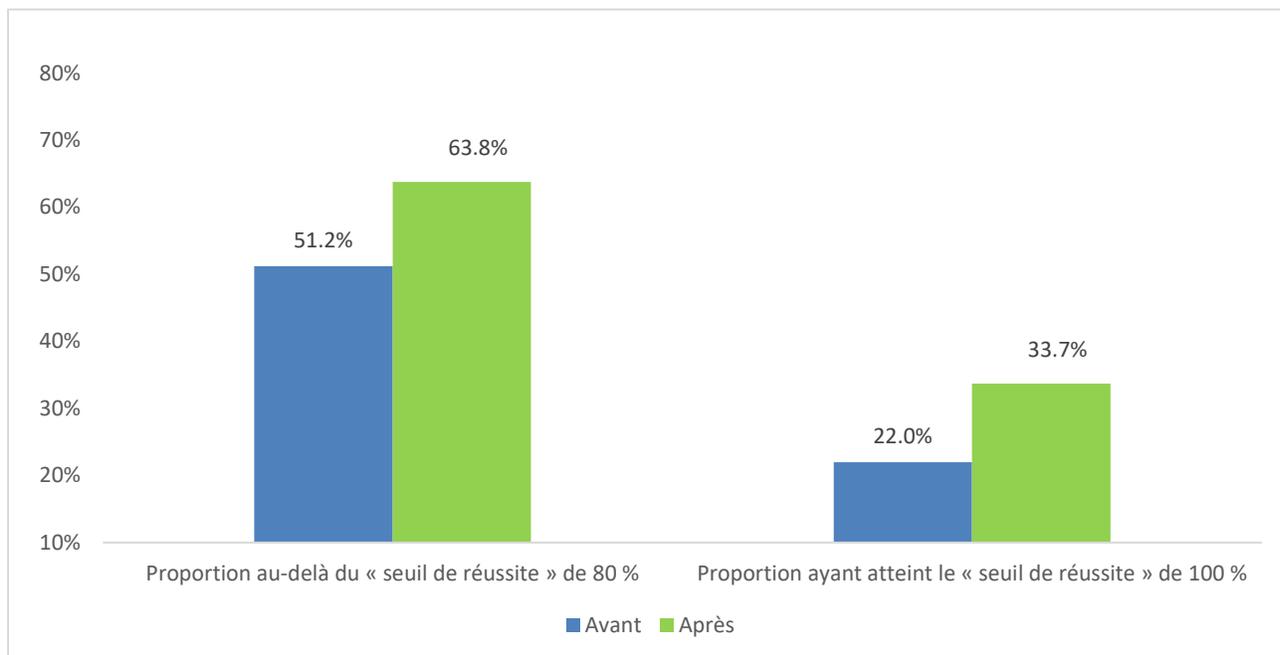


Variation dans le seuil de réussite entre les questionnaires remplis avant et après l'intervention

Les variations dans les pointages sur l'ÉMAFCO-CM ont aussi été analysées en fonction du critère du seuil de réussite. Ces résultats sont illustrés à la Figure 2. La proportion de participants ayant franchi ce seuil (c.-à-d. la proportion d'entre eux ayant répondu à au moins 80 % des énoncés de façon non stigmatisante) est passée de 51,2 % avant l'intervention à 63,8 % après l'intervention, une amélioration absolue de 12,6 %.

Tout aussi encourageante est la proportion de participants ayant répondu aux 19 énoncés de façon non stigmatisante (c.-à-d. un seuil de réussite de 100 %), qui est passée de 22,0 % de participants avant l'intervention aux deux tiers environ après l'intervention (33,7 %).

Figure 2. Variation dans le seuil de réussite entre les questionnaires remplis avant et après l'intervention : Programme Comprendre la stigmatisation



Au total, 17,4 % des participants n'affichaient aucun changement dans le pointage récolté avant et après l'intervention. En outre, environ 3,8 % des participants ont obtenu de moins bons pointages de stigmatisation après l'intervention*. Des analyses plus approfondies n'ont révélé aucune distinction majeure dans les caractéristiques des participants, mais une différence a été constatée dans leurs pointages de référence : ils avaient des pointages de référence plus faibles sur l'ÉMAFCO-CM ($M = 1,65$, écart-type = 0,56) en comparaison avec les pointages moyens de l'ensemble des participants ($M = 2,00$, écart-type = 0,78).

* Cette donnée est basée sur la statistique de la variation minimale détectable, qui mesure le nombre de points sur l'échelle susceptible de refléter un véritable changement d'attitude ne pouvant pas être attribué à une erreur de mesure. La variation minimale détectable pour l'ÉMAFCO-CM est de 0,72 au niveau de confiance de 95 %.

Résumé et conclusion

Comme le démontrent les principaux constats, l'évaluation du programme virtuel Comprendre la stigmatisation a produit des résultats encourageants dans l'amélioration des attitudes et des intentions de comportement à l'égard des personnes ayant une expérience passée ou présente de consommation d'opioïdes :

- Améliorations statistiquement significatives entre le questionnaire distribué avant l'intervention et celui distribué après dans le pointage total de l'ÉMAFCO-CM ainsi que pour 18 des 19 énoncés individuels de l'échelle, avec faible ampleur d'effet.
- Augmentation de plus de 10 % dans le nombre de participants ayant dépassé le seuil de réussite de 80 % entre les deux questionnaires, et augmentation similaire dans la proportion de participants ayant atteint le seuil de réussite de 100 % entre les deux questionnaires.

Il convient de noter également que les améliorations sur le plan de l'ampleur de l'effet constatées lors de l'évaluation de Comprendre la stigmatisation étaient légèrement inférieures par rapport à d'autres interventions de réduction de la stigmatisation entourant la consommation de substances ou d'opioïdes évaluées à l'aide de l'ÉMAFCO-CM¹⁸. Elle était aussi plus faible que l'ampleur de l'effet que nous avons relevée dans ce programme pour ce qui est de la stigmatisation entourant la maladie mentale¹⁹. Cet élément était peut-être à prévoir puisque le programme Comprendre la stigmatisation n'est pas orienté spécifiquement vers la stigmatisation entourant les opioïdes, mais vers la maladie mentale et les troubles concomitants de manière plus générale. Toutefois, compte tenu de la portée plus large du contenu du programme, il est encourageant que des améliorations significatives avec de petits effets d'ampleur aient néanmoins été constatées.

Le fait que les pointages de certains participants aient empiré entre les deux questionnaires est un élément important qui nécessitera un examen plus approfondi. L'une des raisons pouvant expliquer ce phénomène est que le programme pourrait avoir donné l'occasion à certains participants de prendre davantage conscience de leurs propres préjugés et biais (voir Sukhera et coll., 2018, par exemple). Cette explication concorderait avec le fait que les personnes dont les pointages ont empiré avaient de faibles pointages au point de référence en comparaison avec la moyenne de tous les participants. D'autres facteurs possibles devront également être étudiés.

Cette évaluation de Comprendre la stigmatisation comporte certaines limites. Tout d'abord, les questionnaires appariés sur lesquels les analyses étaient basées ne représentent pas l'ensemble des personnes qui ont suivi le cours durant la période couverte par l'étude (environ 64 % des personnes ayant suivi la formation durant cette période ont rempli deux questionnaires – avant et après l'intervention – qui ont été appariés). En outre, les résultats doivent être interprétés avec circonspection en raison de la différence dans l'âge moyen des participants qui ont rempli les deux questionnaires par rapport à ceux qui ne l'ont pas fait; cet écart signifie que les résultats pourraient ne pas être pleinement représentatifs de la population réelle de participants ayant suivi la formation.

En gardant ces limites à l'esprit, les résultats montrent que le programme Comprendre la stigmatisation est prometteur en ce qui concerne la réduction de la stigmatisation entourant les opioïdes. Les résultats laissent également croire que si cette intervention était adaptée pour être spécifiquement axée sur la

stigmatisation associée aux opioïdes (p. ex. en y ajoutant un module sur les opioïdes, des récits de personnes ayant un savoir expérientiel passé ou présent de l'usage d'opioïdes et du contenu éducatif sur les opioïdes en particulier), des retombées plus considérables pourraient être générées.

Références

- ¹Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes. *Méfais associés aux opioïdes et aux stimulants au Canada*, Agence de la santé publique du Canada, 2020. Consulté en janvier 2020 : <https://health-infobase.canada.ca/substance-related-harms/opioids-stimulants>
- ²Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes, *Méfais associés aux opioïdes et aux stimulants au Canada*, 2020.
- ³Stuart, H. « Managing the stigma of opioid use », *Healthcare Management Forum*, vol. 32, n° 2 (2019), p. 78-83. <https://doi.org/10.1177/0840470418798658>
- ⁴Stuart, H., « Managing the stigma of opioid use », 2019.
- ⁵Stuart, H., 2019.
- ⁶Knaak, S., S. Mercer, R. Christie et H. Stuart. *La stigmatisation et la crise des opioïdes : Rapport final*, 2019. <https://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/media/4271>
- ⁷Knaak et coll., *La stigmatisation et la crise des opioïdes : Rapport final*, 2019.
- ⁸Knaak et coll., 2019.
- ⁹Stuart, H., 2019.
- ¹⁰Knaak et coll., 2019.
- ¹¹Stuart, H., 2019.
- ¹²Stuart, H., S. P. Chen, R. Christie, K. Dobson, B. Kirsh, S. Knaak, M. Koller, T. Krupa, B. Lauria-Horner, D. Luong, G. Modgill, S. B. Patten, M. Pietrus, A. Szeto et R. Whitely. « Opening minds in Canada: Targeting change », *Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 59, n° 10, suppl. 1 (2014), p. 513-518. <https://doi.org/10.1177/070674371405901s05>
- ¹³Stuart et coll., « Opening minds in Canada: Targeting change », 2014.
- ¹⁴Centre de toxicomanie et de santé mentale, *Comprendre la stigmatisation*, 2021. <https://www.camh.ca/en/education/continuing-education-programs-and-courses/continuing-education-directory/understanding-stigma>
- ¹⁵ 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, n° 1 (2017), p. e19-e29. <https://doi.org/10.22374/jmhan.v1i1.19>
- ¹⁶Knaak et coll., 2019.
- ¹⁷Koller, M. et H. Stuart. « Reducing stigma in high school youth », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 134, suppl. 446 (2016), p. 63-70. <https://doi.org/10.1111/acps.12613>
- ¹⁸Knaak, S., K. Kharpal, K. Benes et M. Bartram. *Reducing opioid and substance use stigma in health care and other direct service delivery contexts: Evaluation results from four programs*, Ottawa, Canada, Commission de la santé mentale du Canada, 2020.
- ¹⁹Sukhera, J., K. Miller, C. Scerbo, A. Milne, R. Lim et C. Watling. « Implicit stigma recognition and management for health professionals », *Academic Psychiatry*, vol. 44, n° 1 (2019), p. 59-63. <https://doi.org/10.1007/s40596-019-01133-8>

Annexe

L'Échelle de mesure de l'attitude des fournisseurs de soins face à la consommation d'opioïdes de l'initiative Changer les mentalités (ÉMAFCO-CM)

Ce questionnaire vise à obtenir votre opinion sur une série d'affirmations au sujet des personnes ayant un problème de consommation d'opioïdes. Le terme « opioïdes » désigne des médicaments comme Percocet, Vicodin, la morphine et l'oxycodone, de même que l'héroïne, le fentanyl et le carfentanil. Un « problème d'usage d'opioïdes » désigne une consommation répétée et problématique pouvant causer des blessures graves, des déficiences ainsi que des situations de détresse. Veuillez fournir des réponses reflétant vos propres croyances, sentiments et expériences.

Vos réponses sont recueillies de manière totalement anonyme et demeureront confidentielles. Seules des données agrégées seront utilisées pour l'analyse. Il est très important que vous exprimiez votre opinion honnêtement, car les renseignements agrégés serviront à orienter l'élaboration d'outils et de programmes de formation et de sensibilisation destinés aux premiers répondants et à d'autres fournisseurs de soins de santé et de services sociaux de première ligne.

Dans quelle mesure êtes-vous en accord ou en désaccord avec les énoncés suivants?	Fortement en désaccord	En désaccord	Neutre	D'accord	Fortement en accord
1. J'ai peu d'espoir que les personnes ayant des troubles de l'usage des opioïdes soient en mesure de se rétablir.	<input type="checkbox"/>				
2. J'ai peu d'espoir que les personnes ayant des troubles de l'usage des opioïdes soient en mesure de se rétablir.	<input type="checkbox"/>				
3. Les personnes aux prises avec des problèmes d'usage d'opioïdes sont responsables de leurs problèmes.	<input type="checkbox"/>				
4. J'ai tendance à employer des termes négatifs ou désobligeants pour désigner les personnes aux prises avec de problèmes d'usage d'opioïdes.	<input type="checkbox"/>				
5. Les personnes aux prises avec des problèmes d'usage d'opioïdes coûtent trop cher au système.	<input type="checkbox"/>				
6. Je me considérerais comme faible si j'avais un problème d'usage d'opioïdes.	<input type="checkbox"/>				
7. En situation d'aide, j'ai tendance à traiter les personnes aux prises avec des problèmes d'usage d'opioïdes plus négativement que les autres personnes.	<input type="checkbox"/>				

8. Les personnes aux prises avec des problèmes d'usage d'opioïdes ne sont pas dignes de confiance.	<input type="checkbox"/>				
9. Les personnes aux prises avec des problèmes d'usage d'opioïdes qui ont recours aux drogues comme la méthadone ne font que remplacer une dépendance par une autre.	<input type="checkbox"/>				
10. En situation d'aide, j'ai tendance à être plus impatient(e) avec les personnes aux prises avec des problèmes d'usage d'opioïdes que les autres personnes.	<input type="checkbox"/>				
11. Les personnes aux prises avec des problèmes d'usage d'opioïdes ne pensent qu'à leur prochaine dose.	<input type="checkbox"/>				
12. Lorsque les personnes aux prises avec des problèmes d'usage d'opioïdes demandent de l'aide, j'ai de la difficulté à croire en leur sincérité.	<input type="checkbox"/>				
13. Les personnes aux prises avec des problèmes d'usage d'opioïdes ne devraient pas être en mesure de bénéficier des services si elles ne s'aident pas elles-mêmes.	<input type="checkbox"/>				
14. J'ai tendance à juger négativement les personnes aux prises avec des problèmes d'usage d'opioïdes.	<input type="checkbox"/>				
15. Les personnes aux prises avec des problèmes d'usage d'opioïdes qui subissent des rechutes lors de leur rétablissement ne font pas suffisamment d'efforts.	<input type="checkbox"/>				
16. J'ai tendance à traiter les personnes aux prises avec des problèmes d'usage d'opioïdes avec condescendance ou supériorité.	<input type="checkbox"/>				
17. La plupart des personnes aux prises avec des problèmes d'usage d'opioïdes commettent des crimes pour soutenir leur dépendance.	<input type="checkbox"/>				
18. Si un(e) collègue discutait négativement des personnes aux prises avec des problèmes d'usage d'opioïdes, je serais plutôt enclin(e) à discuter d'elles négativement aussi.	<input type="checkbox"/>				
19. J'ai tendance à avoir une piètre opinion des personnes aux prises avec de problèmes d'usage d'opioïdes.	<input type="checkbox"/>				

MERCI BEAUCOUP D'AVOIR PRIS LE TEMPS DE REMPLIR CE QUESTIONNAIRE.



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) [f/theMHCC](https://facebook.com/theMHCC) [▶/1MHCC](https://youtube.com/1MHCC) [@theMHCC](https://instagram.com/theMHCC)

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