



Évaluation d'une intervention de réduction de la stigmatisation liée à la consommation de substances fondée sur l'échange

Une intervention générale de réduction de la stigmatisation liée à la consommation de substances fondée sur l'échange peut-elle réduire la stigmatisation associée aux opioïdes?

This document is available in English.

Indications concernant la citation

Citation suggérée : Commission de la santé mentale du Canada. *Évaluation d'une intervention de réduction de la stigmatisation liée à la consommation de substances fondée sur l'échange*, 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 : 978-1-77318-214-8

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, les fournisseurs de soins de santé, les premiers répondants et la crise des opioïdes	2
Description du programme	3
Démarche d'évaluation	4
Résultats	5
Caractéristiques des participants.....	5
Variation du pointage moyen entre les deux questionnaires.....	6
Variation dans le seuil de réussite entre les questionnaires remplis avant et après l'intervention ...	10
Retombées perçues du programme et rétroaction des participants.....	11
Résumé et conclusion	14
Références	16
Annexe.....	17
Sondage d'évaluation de l'atelier	17

Introduction : La stigmatisation, les fournisseurs de soins de santé, les premiers répondants 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). Derrière lui se cachent les nombreuses interactions qui se déroulent au quotidien, que ce soit dans le cadre de traitements ou pour d'autres raisons.

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'échange. Ces dernières, largement

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

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 liée à 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 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 : un programme de formation et de réduction de la stigmatisation sous forme d'atelier conçu et offert par un organisme sans but lucratif national. Cet organisme, qui travaille à mettre fin à la stigmatisation entourant la consommation de substances, œuvre en partenariat avec une organisation non gouvernementale assurant un leadership national dans ce dossier.

Description du programme

Le programme est un atelier tenu en personne qui vise à réduire la stigmatisation entourant la consommation de substances au moyen d'un enseignement sur les dépendances, sur les effets des comportements et du langage stigmatisants et sur l'importance de la compassion. Plus de 500 personnes de partout au Canada – des professionnels de la santé, des chercheurs, des travailleurs de soutien, des premiers répondants ainsi que des représentants d'autres professions et du grand public – ont participé à des ateliers d'une journée ou d'une demi-journée. Ceux-ci sont centrés sur l'apprentissage fondé sur l'échange ou le contact social.

Durant les ateliers, des experts présentent des données probantes et des récits de stigmatisation. Les participants sont invités à reconnaître la stigmatisation dans leur propre vie, puis à modifier leur perception de la consommation de substances et des dépendances. Les principaux volets de l'atelier sont les suivants :

- notions de neurosciences sur la dépendance;
- information sur la stigmatisation et l'utilisation d'un langage stigmatisant;
- messages et récits de personnes ayant des antécédents de consommation de substances, livrés en personne ou par vidéo;
- messages sur l'importance de la compassion et l'adoption de démarches et d'un langage axés sur la personne d'abord; mise en relief du *bien-être* comme paradigme du rétablissement (p. ex., par opposition à une vision et à des démarches prônant l'abstinence seulement); et
- planification des mesures et activités de groupe sur ce que les participants peuvent faire pour réduire la stigmatisation dans leur milieu de travail et dans leur vie privée.

En février 2020, la CSMC a été invitée à s'associer aux deux organisations afin d'évaluer un atelier d'une demi-journée organisé à Lethbridge, en Alberta. Cet événement s'adressait à un public diversifié où de nombreux participants travaillaient directement avec des personnes ayant des problèmes de

consommation de substances et de dépendance*. La démarche et la méthodologie d'évaluation sont décrites dans la section ci-dessous.

Démarche d'évaluation

L'atelier a été évalué selon une démarche de comparaison avant-après à l'aide d'un instrument de mesure normalisée conçu pour noter les retombées d'un programme : 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)¹⁴. 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[†].

Comme l'atelier ne portait pas spécifiquement sur les opioïdes, les participants ont également rempli une adaptation ad hoc de l'ÉMAFCO-CM pour évaluer leurs attitudes et leurs intentions de comportement face aux personnes ayant des problèmes de la consommation de substances de façon générale. Cette adaptation a été créée en partenariat avec l'organisation qui préparait et donnait l'atelier.

Pour évaluer les changements 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

*Trois séances (matin, après-midi et soirée) ont eu lieu à Lethbridge. Les résultats de l'évaluation sont basés sur les données recueillies lors de la séance d'après-midi seulement. Les protocoles d'administration des questionnaires ont été suivis à la lettre lors de cette séance, alors qu'aucun questionnaire de référence n'a été distribué avant les séances du matin et du soir.

†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.

‡Ces analyses ont été effectuées autant pour l'ÉMAFCO-CM que pour la version adaptée qui servait à mesurer les attitudes à l'égard de la consommation de substances en général.

réponses des participants afin qu'elles correspondent à 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 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'apprentissage¹⁵.

En plus, le questionnaire distribué après le cours comportait des questions de réflexion sur les retombées du programme visant à découvrir comment les répondants percevaient ce qu'ils avaient appris, l'influence du programme sur leurs comportements et attitudes et les aspects (du programme ou de l'enseignement) qu'ils avaient trouvé particulièrement utiles.

Des renseignements démographiques de base ont aussi été recueillis.

Résultats

Caractéristiques des participants

Les caractéristiques des participants sont présentées dans le Tableau 1. La plupart des répondants étaient des femmes (75,0 %) âgées de 21 à 40 ans (21-30 ans = 34,1 %, 31-40 ans = 31,7 %). Les participants représentaient un éventail de professions, dont plusieurs en lien avec les services fournis aux personnes ayant des problèmes de consommation d'opioïdes. Plusieurs personnes ont rapporté être infirmières ou occuper des emplois liés aux services de santé (10,5 %), notamment des postes de spécialistes de l'éducation en matière de préjudices ou de conseillers en dépendances (12,5 %), comme travailleurs de soutien (17,5 %) ou encore des postes de bureau, d'administration ou de recherche (20,0 %).

Tableau 1. Caractéristiques des participants à l'atelier

	<i>n</i>	Pourcentage de validité*
Genre		
Femmes	33	75,0 %
Hommes	10	21,7 %
Non binaire	1	2,3 %
Indéterminé	2	
Âge		
20 ans et moins	1	2,4 %
21-30	14	34,1 %
31-40	13	31,7 %
41-50	5	12,2 %

	<i>n</i>	Pourcentage de validité*
51-60	5	12,2 %
Plus de 60 ans	3	7,3 %
Indéterminé	5	
Profession		
Infirmière/Services de santé de l'Alberta/soins de santé	4	10,0 %
Conseiller en dépendance/spécialiste de la réduction des préjudices	5	12,5 %
Travailleur de soutien	7	17,5 %
Bibliothécaire/assistant bibliothécaire	2	5,0 %
Agent de probation	3	7,5 %
Services aux Autochtones/Commission de vérité et de réconciliation	2	5,0 %
Intervention en cas de crise	2	5,0 %
Administration/bureau/recherche	8	20,0 %
Travail social	1	2,5 %
Services jeunesse	2	5,0 %
Autres	4	10,0 %
Indéterminé	6	

n = 46 *Le pourcentage de validité signifie que les données manquantes ont été exclues du calcul du pourcentage.

Variation du pointage moyen entre les deux questionnaires

En tout, 46 participants ont rempli au moins un questionnaire d'évaluation. Les questionnaires de 28 répondants ont pu être appariés. La variation des pointages dans ces 28 cas appariés a été utilisée pour évaluer les retombées du programme. La comparaison des caractéristiques des participants qui ont rempli deux questionnaires avec celles des répondants qui n'en ont rempli qu'un seul n'a révélé aucune différence majeure, à une exception près : les participants qui ont rempli deux questionnaires tendaient à être plus jeunes, en moyenne, que ceux qui en ont rempli un seul (âge moyen, deux questionnaires = 33,8 ans; âge moyen, un questionnaire = 43,3 ans; $t(42) = 1,18$, $p = 0,021$).

Une évaluation de la fiabilité de l'outil (coefficient alpha de Cronbach) réalisée pour les deux questionnaires a révélé des niveaux acceptables de cohérence interne aux deux moments (ÉMAFCO-CM : coefficient alpha de Cronbach = 0,95 avant l'intervention et 0,97 après l'intervention; test adapté : coefficient alpha de Cronbach = 0,85 avant l'intervention et 0,89 après l'intervention).

La variation des pointages sur l'ÉMAFCO-CM et dans le test adapté est présentée dans le Tableau 2. Les pointages totaux moyens sur l'ÉMAFCO-CM sont passés de 1,87 (écart-type = 0,66) avant l'atelier à 1,69 (écart-type = 0,64) après l'atelier, pour une amélioration du pointage moyen relatif de 9,6 %. Ce changement a été déterminé significatif sur le plan statistique au niveau de confiance de 95 % ($t[27] = 3,09$; $p = 0,005$) avec une ampleur d'effet (le *d* de Cohen) de 0,27, ce qui est considéré comme faible.

Comme illustré au Tableau 2, les pointages dans la version adaptée de l'évaluation (qui mesurait les attitudes face aux personnes ayant des problèmes de consommation de substances de façon plus générale) ont aussi connu une amélioration statistiquement significative ($t[27] = 4,76$; $p < 0,001$). Le changement positif constaté représentait une amélioration du pointage relatif moyen de 12,8 % avec une ampleur de l'effet (le d de Cohen) de 0,43, ce qui est considéré comme moyen.

Tableau 2. Pointages avant et après l'intervention : ÉMAFCO-CM et évaluation adaptée

	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)	1,87 (0,66)	1,69 (0,64)	$t(27) = 3,09$	0,005	0,27
Évaluation adaptée – consommation de substances (9 énoncés)	1,96 (0,58)	1,71 (0,59)	$t(27) = 4,76$	$< 0,001$	0,43

*Les pointages plus faibles correspondent à un niveau de stigmatisation plus faible.

La variation des pointages pour les énoncés individuels a aussi été examinée pour les deux évaluations. Cette analyse a révélé des améliorations statistiquement significatives (au niveau de confiance de 95 %) entre les deux questionnaires pour huit énoncés de l'ÉMAFCO-CM, avec des ampleurs d'effet toujours considérées comme faibles mais atteignant entre 0,28 et 0,36 :

- « J'ai peu d'espoir que les personnes ayant des troubles de l'usage des opioïdes soient en mesure de se rétablir » (d de Cohen = 0,28).
- « Les personnes aux prises avec des problèmes d'usage d'opioïdes coûtent trop cher au système » (d de Cohen = 0,34).
- « 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 » (d de Cohen = 0,35).
- « Les personnes aux prises avec des problèmes d'usage d'opioïdes ne pensent qu'à leur prochaine dose » (d de Cohen = 0,30).
- « 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 » (d de Cohen = 0,34).
- « 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 » (d de Cohen = 0,36).
- « J'ai tendance à avoir une piètre opinion des personnes aux prises avec des problèmes d'usage d'opioïdes » (d de Cohen = 0,29).

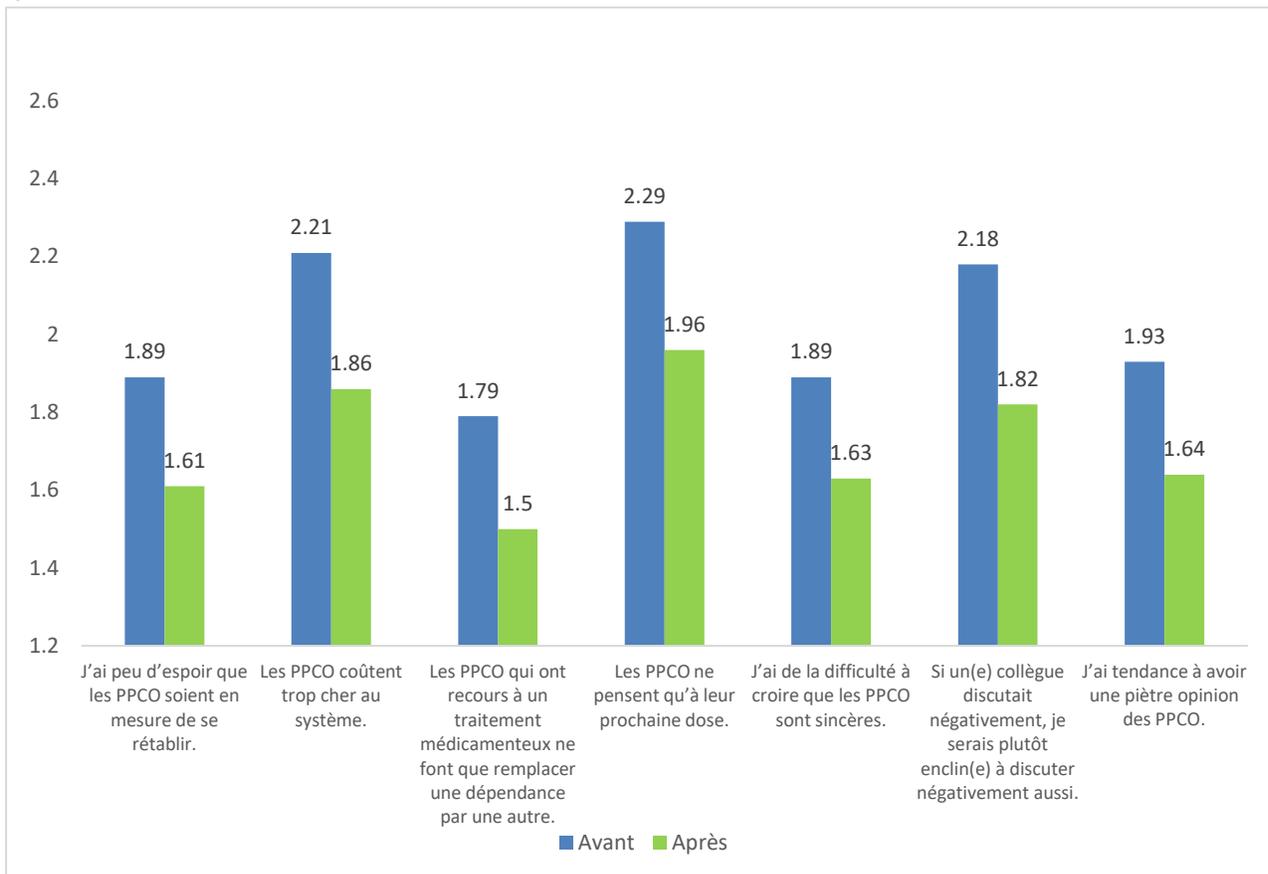
La variation des pointages pour ces énoncés est illustrée à la Figure 1.

Aucun énoncé n'a affiché de variation significative négative entre les questionnaires distribués avant et après l'intervention. Les énoncés où le changement était le moins prononcé sont les suivants :

- « Les personnes aux prises avec des problèmes d'usage d'opioïdes sont faibles ou sans volonté » (moyenne avant le cours = 1,36, écart-type = 0,56; moyenne après le cours = 1,36, écart-type = 0,49).
- « J'ai tendance à employer des termes négatifs ou désobligeants pour désigner les personnes aux prises avec des problèmes d'usage d'opioïdes » (moyenne avant le cours = 1,82, écart-type = 0,86; moyenne après le cours = 1,79, écart-type = 0,92).

Remarque : la première affirmation a obtenu un pointage moyen relativement faible au point de référence, ce qui indique qu'il y avait peut-être moins de place pour l'amélioration sur ce point.

Figure 1. Énoncés ayant enregistré la plus grande variation sur l'ÉMAFCO-CM entre les deux questionnaires



*PPCO = personnes ayant des problèmes de consommation d'opioïdes Sur une échelle de cinq points, *fortement en accord* vaut 1 point, *d'accord* vaut 2 points; un pointage plus faible correspond à un niveau de stigmatisation plus faible.

Pour l'évaluation adaptée, l'analyse a révélé des améliorations statistiquement significatives (au niveau de confiance de 95 %) entre les questionnaires remplis avant et après l'atelier pour les trois énoncés ci-dessous, avec des ampleurs d'effet de 0,37 à 0,64 :

- « Les personnes aux prises avec des problèmes de consommation de substances ne pensent qu'à leur prochaine dose » (*d* de Cohen = 0,64).

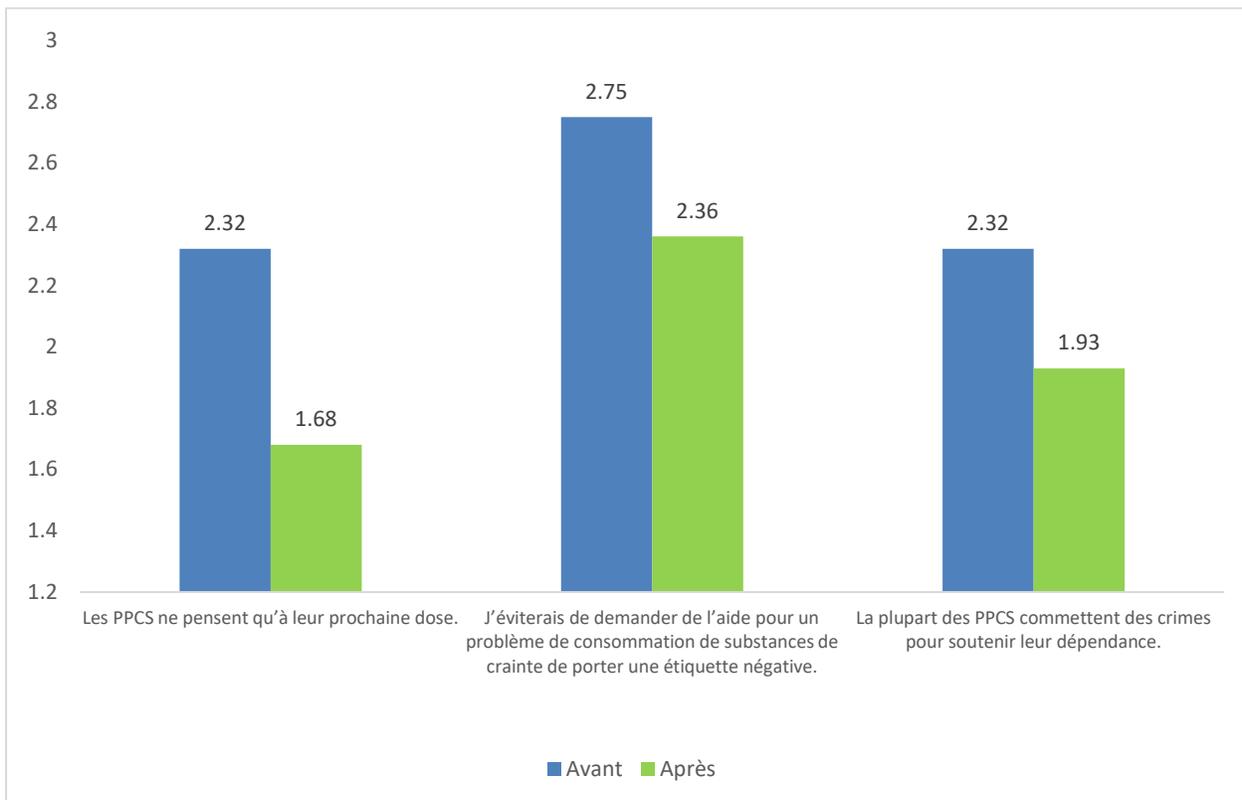
- « J'évitais de demander de l'aide pour un problème de consommation de substances de crainte de porter une étiquette négative » (d de Cohen = 0,37).
- « La plupart des personnes aux prises avec des problèmes de consommation de substances commettent des crimes pour soutenir leur dépendance » (d de Cohen = 0,45).

La variation des pointages pour ces énoncés est illustrée à la Figure 2.

Aucun énoncé dans l'évaluation adaptée n'a affiché de variation significative négative entre les questionnaires distribués avant et après l'intervention. L'énoncé suivant a connu le plus faible changement entre les deux questionnaires :

- « J'aurais du mal à faire confiance à une personne qui a déjà souffert d'un problème de consommation de substances » (moyenne avant le cours = 1,86, écart-type = 0,76; moyenne après le cours = 1,89, écart-type = 0,88).

Figure 2. Énoncés ayant enregistré la plus grande variation entre les deux questionnaires de l'évaluation adaptée



PPCS = personnes ayant des problèmes de consommation de substances Sur une échelle de cinq points, *fortement en accord* vaut 1 point, *d'accord* vaut 2 points; un pointage plus faible correspond à un niveau de stigmatisation plus faible.

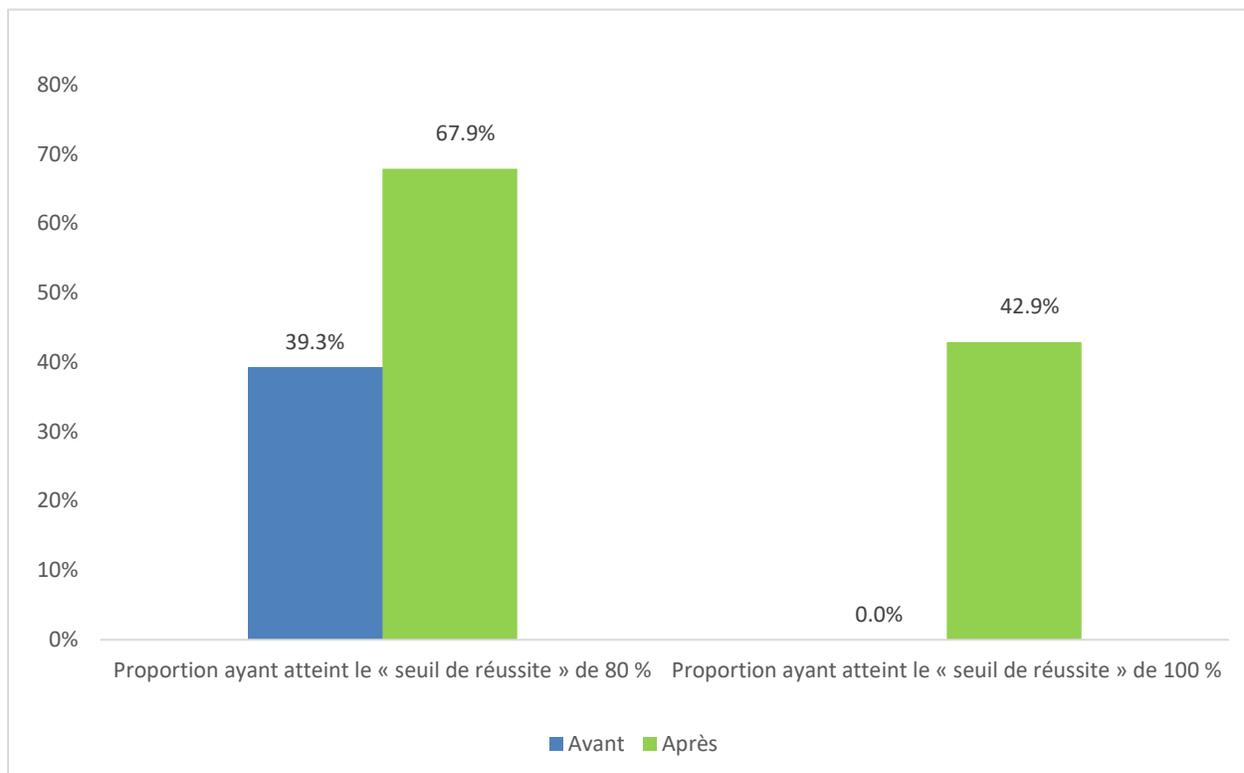
Variation dans le seuil de réussite entre les questionnaires remplis avant et après l'intervention

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 3. 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 39,3 % avant la formation aux deux tiers après celle-ci, une amélioration absolue de 64,3 %).

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 0 % de participants avant la formation à 4 sur 10 après celle-ci (42,9 %).

En tout, 14,3 % des participants n'affichaient aucun changement dans le pointage récolté avant et après l'atelier. Une analyse a montré que ces participants avaient obtenu des pointages de stigmatisation très faibles lors du test de référence (pointage moyen avant l'intervention = 1,11, écart-type = 0,22), signe qu'il y avait peu de place pour l'amélioration. De plus, les pointages de cinq participants ont légèrement empiré entre les tests passés avant et après l'atelier (pointage moyen avant le cours = 1,83, écart-type = 0,41; pointage moyen après le cours = 2,04, écart-type = 0,59), bien que la variation n'était pas significative et n'a pas modifié leurs pointages à l'égard du seuil de réussite.

Figure 3. Variation dans le seuil de réussite entre les questionnaires remplis avant et après l'intervention : ÉMAFCO-CM



$n = 28$ Seuils de réussite = le nombre de participants ayant répondu de façon non stigmatisante à au moins 80 % des énoncés (16 sur 19) ou à 100 % des énoncés (19 sur 19).

Retombées perçues du programme et rétroaction des participants

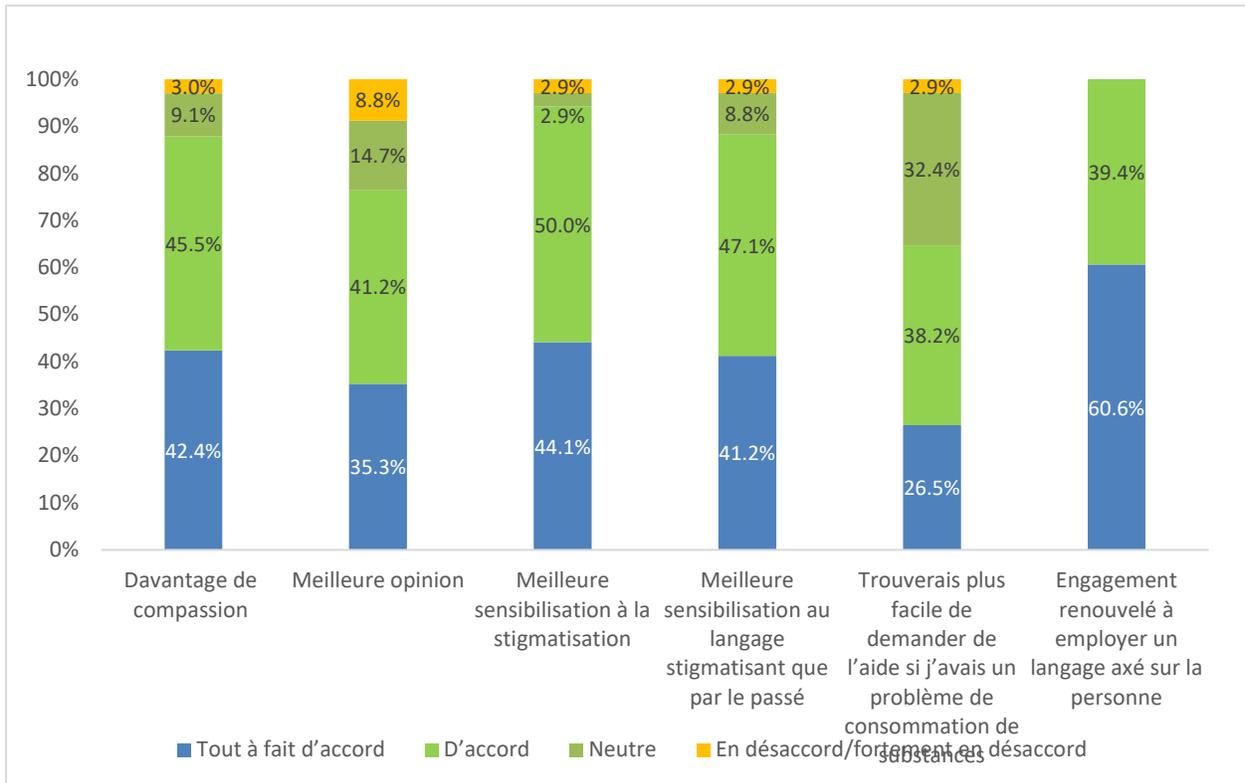
Les répondants ont été invités à répondre à une série de questions à la fin de l'atelier (c.-à-d. après l'intervention) au sujet de leurs apprentissages.

Ils devaient premièrement indiquer dans quelle mesure ils étaient en accord ou en désaccord avec une série d'énoncés au sujet de l'incidence du programme sur leurs attitudes, leur prise de conscience et leurs comportements (voir la Figure 4).

Ce graphique illustre que 100 % des participants étaient d'accord ou fortement d'accord pour affirmer qu'à la lumière de cet atelier, ils étaient plus déterminés à employer un langage axé sur la personne lorsqu'ils s'adresseront à des personnes ayant des problèmes de consommation de substances (*d'accord* = 39,4 %; *fortement en accord* = 60,6 %). Leurs réponses laissent également entendre que l'atelier a permis à de nombreux participants de réaffirmer et d'approfondir leur engagement à faire preuve de compassion et de sollicitude à l'égard des personnes ayant des problèmes de consommation de substances. En outre, la plupart (64,7 %) étaient d'accord ou fortement d'accord avec l'affirmation qu'ils trouveraient désormais plus facile de demander de l'aide s'ils avaient un problème de consommation de substances (*fortement en accord* = 26,5 %; *d'accord* = 38,2 %). Légèrement plus des trois quarts des participants se sont dits d'accord ou fortement d'accord pour affirmer que leur opinion des personnes ayant des problèmes de consommation de substances s'était améliorée (*fortement en accord* = 35,3 %; *d'accord* = 41,2 %).

Plus de huit personnes sur dix (87,9 %) ont indiqué ressentir davantage de compassion pour les personnes ayant des problèmes de consommation de substances (*fortement en accord* = 42,4 %; *d'accord* = 45,5 %).

Figure 4. Retombées perçues du programme



n = 33-34

À trois questions ouvertes, les participants étaient invités (1) à énoncer les notions ou parties de l'atelier qui avaient le plus modifié leur compréhension des personnes ayant des problèmes de consommation de substances, (2) à indiquer s'ils croyaient que leur comportement serait différent d'avant l'intervention et (3) à indiquer les parties de l'atelier qu'ils avaient trouvé le plus utiles. Leurs réponses se trouvent ci-dessous :

Quelles parties de l'atelier ont le plus modifié votre perception ou votre compréhension des personnes ayant des problèmes de consommation de substances?

- « Apprendre qu'il s'agit d'une maladie. Nous savons que cela nous cause du tort, mais nous continuons d'agir de façon stigmatisante malgré cela. »
- « Les récits et les expériences de première main partagées par l'animateur. »
- « Les récits de personnes aux prises avec des problèmes de consommation de substances qui prennent soin les uns des autres. »
- « Le fait qu'un dysfonctionnement du cerveau est à l'origine de l'usage de substances et que les gens consomment pour essayer de combler un vide. »
- « Me rendre compte que je n'utilise pas un langage axé sur la personne dans le cadre de mon travail. »
- « L'atelier m'a rappelé pourquoi le langage est si important et qu'il a de puissantes répercussions. »
- « Réfléchir davantage à la notion de compassion et à son rôle de premier plan dans ce dossier. »

- « Les récits personnels, qui suscitent l'espoir et rendent l'impossible possible, c'est-à-dire le rétablissement. »
- « Apprendre le langage permettant de réduire la stigmatisation dans ma communauté tout entière. J'ai aussi appris l'importance d'humaniser les gens au lieu de me concentrer sur les raisons et le cheminement qui les ont menés où ils sont aujourd'hui. »
- « L'information transmise par l'animateur. » La discussion de groupe et les commentaires des autres participants. »
- « Remettre en question pourquoi nous traitons les gens qui nous entourent comme nous le faisons, au Canada. »

Votre comportement changera-t-il? Si oui, comment? Sinon, pourquoi pas?

- « Je me sens recentrée et un peu plus conscientisée; je suis certaine que mes apprentissages me permettront de grandir et d'évoluer. »
- « J'espère que je continuerai de faire preuve de patience et de compassion. »
- « C'est un bon rappel d'agir en pleine conscience autant au travail qu'à l'extérieur. »
- « Non, je crois que je traite déjà les gens avec compassion. »
- « Oui, je serai plus compatissant. »
- « J'essaierai de me montrer plus patient et ouvert aux expériences personnelles des gens. »
- « Je ne suis pas certaine. Je crois que j'avais déjà conscience de la stigmatisation et j'essayais d'éviter son influence dans la façon dont je traite les gens, mais j'ai bon espoir qu'en comprenant mieux la situation, je pourrai m'améliorer encore plus. »
- « Oui, je changerai ma façon de parler, mon utilisation du langage. »
- « Oui, je comprends mieux qui sont les gens qui consomment des substances. Ils sont des humains, comme moi. »
- « Oui. J'ai pris conscience du risque d'inciter les autres à employer un langage stigmatisant. »
- « Oui. J'utiliserai des mots plus bienveillants, sans étiquettes. J'assurerai de faire preuve de compassion pour tous dans ma pratique. »
- « Oui, je serai plus forte qu'avant. »
- « Oui. Je miserai sur un langage positif et je mettrai fin aux monologues négatifs tenus par des personnes souffrant d'un trouble lié à l'usage de substances. »
- « Oui, j'aurai davantage de compassion. »
- « Assurément, dans la mesure où j'ai pris l'engagement de toujours améliorer la façon dont je traite les gens, c'est-à-dire avec compassion. »
- « Oui. Je réaffirme mon engagement à aider et à soutenir les personnes qui changent. »

Quelles parties de l'atelier avez-vous trouvé le plus utiles?

- « Toutes les parties étaient fantastiques. »
- « La façon d'approcher les personnes stigmatisées avec compassion, et non avec colère. »
- « Les séances en petits groupes. »
- « La présentation de l'animateur. »

- « Les témoignages personnels étaient très instructifs. Dans mon groupe, nous avons eu de très bons échanges vers la fin. »
- « Les témoignages des personnes ayant des problèmes de consommation de substances et les discussions de groupe. »
- « La partie sur le langage : s'éloigner du rétablissement pour mettre l'accent sur le "vivre mieux". »
- « Apprendre les différents moyens de parler avec les personnes ayant des problèmes de consommation de substances. »
- « La combinaison de conférenciers et de vidéos pour découvrir d'autres expériences, de même que le témoignage d'une personne de la région ayant un savoir expérientiel. »
- « Nous devons contribuer à favoriser le changement. Pour nous, cela commence par manifester que nous voulons et pouvons aider. »
- « Les récits (personnels), les vidéos. »
- « Le temps prévu pour les discussions avec les autres participants. »
- « Le pouvoir du langage. »

Résumé et conclusion

Dans l'ensemble, l'évaluation de l'atelier a mené à des conclusions encourageantes et prometteuses, soutenues par une série de constats :

- Des améliorations significatives sur le plan statistique ont été constatées sur l'ÉMAFCO-CM ainsi que dans l'évaluation adaptée des attitudes et des intentions de comportement face aux personnes aux prises avec des problèmes de consommation de substances de façon générale, avec des ampleurs d'effet allant de faibles (ÉMAFCO-CM) à moyennes (évaluation adaptée).
- La proportion de répondants ayant dépassé le seuil de réussite de 80 % a sensiblement augmenté, passant de moins de la moitié à près des deux tiers des participants. Tout aussi encourageante est la proportion de participants ayant atteint le seuil de réussite de 100 % (c.-à-d. le nombre de personnes qui ont répondu à tous les énoncés de façon non stigmatisante), qui est passée de 0 % des participants avant la formation à 42,9 % après celle-ci.
- Tous les participants (100 %) ayant répondu au questionnaire après l'atelier se sont dit *d'accord* ou *fortement en accord* avec l'énoncé voulant qu'ils étaient désormais plus déterminés à employer un langage axé sur la personne lorsqu'ils s'adresseront à des personnes ayant des problèmes de consommation de substances, ce qui indique que l'atelier a motivé les participants à prendre un engagement ferme et orienté vers l'action pour réduire la stigmatisation.
- Les participants ont rapporté des degrés élevés d'accord avec les affirmations concernant les retombées perçues du programme. En effet, une forte majorité des participants ont indiqué (1) qu'ils ressentaient davantage de compassion pour les personnes ayant un problème de consommation de substances à la suite de l'atelier, (2) que leur perception des personnes ayant des problèmes de consommation de substances s'était améliorée et (3) qu'ils auraient plus de facilité à demander de l'aide s'ils avaient un problème de consommation de substances.
- Les réponses qualitatives aux questions ouvertes étaient largement positives. Ces commentaires soulignaient (1) la valeur formatrice de divers éléments clés de l'atelier, (2) les effets positifs des

témoignages livrés en personne et par vidéo par des personnes ayant vécu des problèmes liés à la consommation de substances, (3) la pertinence de la discussion de groupe et (4) la qualité de l'animateur (qui a aussi raconté son expérience personnelle des problèmes de consommation de substances).

Le fait que les pointages associés à certaines questions ont légèrement reculé entre les deux questionnaires doit être étudié davantage. Certains facteurs explicatifs pourraient être le degré d'ouverture au changement de certains participants, des erreurs aléatoires normales sur l'échelle et les notions couvertes dans le programme.

Il n'est pas nécessairement surprenant que le test adapté ait affiché des changements plus importants, puisque l'atelier était conçu pour réduire la stigmatisation entourant la consommation de substances en général, plutôt que la stigmatisation associée aux opioïdes en particulier. Compte tenu de la portée plus générale du programme, l'amélioration notable constatée sur l'échelle spécifique aux opioïdes (l'ÉMAFCO-CM) est positive et encourageante.

L'évaluation comporte certaines limites. D'abord, les résultats de l'étude sont basés sur une seule des séances de l'atelier. Des évaluations additionnelles devraient être effectuées lors d'ateliers futurs afin de reproduire les résultats obtenus par le programme. En outre, nous avons constaté une attrition dans le nombre total de questionnaires remplis et appariés. Puisque tous les participants n'ont pas rempli les deux questionnaires – et en raison de la différence entre l'âge moyen des participants qui ont rempli les deux questionnaires et celui des personnes qui ne l'ont pas fait –, les résultats doivent être interprétés avec circonspection.

En gardant ces limites à l'esprit, l'évaluation actuelle appuie la conclusion selon laquelle l'atelier est une intervention prometteuse pour réduire efficacement la stigmatisation, qu'elle soit associée à l'usage d'opioïdes ou à la consommation de substances en général. De plus, les conclusions portent à croire que si ce programme ciblait la stigmatisation entourant les opioïdes en particulier (p. ex. en proposant davantage de témoignages de personnes ayant connu des problèmes de consommation d'opioïdes et en adaptant certaines parties du contenu), les retombées en matière de réduction de la stigmatisation pourraient être accrues en ce qui concerne les attitudes et les comportements face aux personnes ayant des problèmes de consommation d'opioïdes.

Références

- ¹Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes. *Méfaits 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, *Méfaits 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 », *Canadian Journal of Psychiatry*, 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.
- ¹⁴Knaak et coll., 2019.
- ¹⁵Koller, 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>

Annexe

Sondage d'évaluation de l'atelier

La Commission de la santé mentale du Canada effectue l'évaluation de cet atelier afin de mieux comprendre les opinions et les points de vue des gens en ce qui concerne la consommation de substances et les problèmes liés à la consommation de substances. Dans le cadre de cette évaluation, nous invitons tous les participants à répondre à un sondage juste avant le début de l'atelier, puis d'y répondre une deuxième fois après l'atelier.

Votre participation est complètement volontaire et vous pouvez choisir de sauter toute question du sondage. Le sondage est totalement anonyme et confidentiel. Seules des données agrégées seront utilisées pour l'analyse. Si vous choisissez de participer, veuillez fournir des réponses reflétant vos propres croyances, sentiments et expériences. Il est très important que vous exprimiez votre opinion honnêtement, car les renseignements agrégés serviront à orienter l'élaboration, l'amélioration et l'adoption d'outils et de programmes de formation et de sensibilisation.

Code d'identification unique

Afin que nous puissions apparier les questionnaires tout en assurant l'anonymat des réponses, nous demandons aux participants d'utiliser un code d'identification unique. Veuillez répondre aux questions suivantes pour créer ce code :

- Quel est le dernier chiffre de votre année de naissance? _____ (p. ex., si vous êtes né(e) en 1977, écrivez « 7 »)
- Quel est le dernier chiffre de votre jour de naissance? _____ (p. ex., si vous êtes né(e) le 25^e jour du mois, écrivez « 5 »)
- Quels sont les deux derniers chiffres de votre numéro de téléphone à la maison? _____
- Quelle est la dernière lettre de votre nom de famille? _____

Section A

Les premières questions visent à recueillir votre opinion à propos d'une série d'énoncés concernant les personnes ayant des problèmes de consommation de substances. Veuillez y répondre en fonction vos propres croyances, sentiments et expériences. Veuillez cocher la réponse qui reflète le mieux votre opinion personnelle.

Dans quelle mesure êtes-vous en accord ou en désaccord avec chacun des énoncés suivants?	Fortement en désaccord	En désaccord	Neutre	D'accord	Fortement en accord
A1. Les personnes aux prises avec des problèmes de consommation de substances sont faibles ou sans volonté.	<input type="checkbox"/>				
A2. Les personnes aux prises avec des problèmes de consommation de substances ne sont pas dignes de confiance.	<input type="checkbox"/>				

A3.	Les personnes aux prises avec des problèmes de consommation de substances ne pensent qu'à leur prochaine dose.	<input type="checkbox"/>				
A4.	Les personnes aux prises avec des problèmes de consommation de substances ne devraient pas être en mesure de bénéficier des services si elles ne s'aident pas elles-mêmes.	<input type="checkbox"/>				
A5.	Les personnes aux prises avec des problèmes de consommation de substances qui subissent des rechutes lors de leur rétablissement ne font pas suffisamment d'efforts.	<input type="checkbox"/>				
Dans quelle mesure êtes-vous en accord ou en désaccord avec chacun des énoncés suivants?		Fortement en désaccord	En désaccord	Neutre	D'accord	Fortement en accord
A6.	J'évitais de demander de l'aide pour un problème de consommation de substances de crainte de porter une étiquette négative.	<input type="checkbox"/>				
A7.	J'ai tendance à traiter les personnes aux prises avec des problèmes de consommation de substances avec condescendance ou supériorité.	<input type="checkbox"/>				
A8.	La plupart des personnes aux prises avec des problèmes de consommation de substances commettent des crimes pour soutenir leur dépendance.	<input type="checkbox"/>				
A9.	J'aurais du mal à faire confiance à une personne qui a déjà souffert d'un problème de consommation de substances.	<input type="checkbox"/>				

Section B*

Cette section vise à recueillir votre opinion sur une série d'énoncés au sujet des personnes ayant des problèmes de consommation d'opioïdes. Le terme « opioïdes » désigne des médicaments comme Percocet, Vicodin, la morphine et l'oxycodone. Il inclut également l'héroïne, le fentanyl et le carfentanyl. Par « problèmes de consommation d'opioïdes », nous entendons une consommation répétée et problématique pouvant causer des blessures graves, des déficiences ainsi que des situations de détresse. Veuillez cocher la réponse qui reflète le mieux votre opinion personnelle.

Dans quelle mesure êtes-vous en accord ou en désaccord avec chacun des énoncés suivants?		Fortement en désaccord	En désaccord	Neutre	D'accord	Fortement en accord
B1.	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"/>				
B2.	Les personnes aux prises avec des problèmes d'usage d'opioïdes sont faibles ou sans volonté.	<input type="checkbox"/>				
B3.	Les personnes aux prises avec des problèmes d'usage d'opioïdes sont responsables de leurs	<input type="checkbox"/>				

* © 2020, Commission de la santé mentale du Canada Voir l'[ÉMAFCO-CM](#)

Dans quelle mesure êtes-vous en accord ou en désaccord avec chacun des énoncés suivants?	Fortement en désaccord	En désaccord	Neutre	D'accord	Fortement en accord
problèmes.					
B4. J'ai tendance à juger négativement les personnes aux prises avec des problèmes d'usage d'opioïdes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B5. Les personnes aux prises avec des problèmes d'usage d'opioïdes coûtent trop cher au système.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B6. Je me considérerais comme faible si j'avais un problème d'usage d'opioïdes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B8. Les personnes aux prises avec des problèmes d'usage d'opioïdes ne sont pas dignes de confiance.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B9. 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B11. Les personnes aux prises avec des problèmes d'usage d'opioïdes ne pensent qu'à leur prochaine dose.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B13. 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B14. J'ai tendance à juger négativement les personnes aux prises avec des problèmes d'usage d'opioïdes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B15. 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B16. J'ai tendance à traiter les personnes aux prises avec des problèmes d'usage d'opioïdes avec condescendance ou supériorité.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B17. La plupart des personnes aux prises avec des problèmes d'usage d'opioïdes commettent des crimes pour soutenir leur dépendance.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B18. 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B19. J'ai tendance à avoir une piètre opinion des personnes aux prises avec des problèmes d'usage d'opioïdes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veillez répondre aux questions suivantes SEULEMENT si vous exercez une profession d'aide.	Fortement en désaccord	En désaccord	Neutre	D'accord	Fortement en accord
B7. En situation d'aide, j'ai tendance à traiter les personnes aux prises avec des problèmes d'usage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

d'opioïdes plus négativement que les autres personnes.

B10. 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.

B12. 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.

SECTION C

Nous vous posons ces questions pour recueillir des renseignements sur la participation au programme qui pourraient éclairer notre analyse.

1. Âge : _____

2. Genre : Homme Femme Non binaire

3. Emploi : _____

4. Connaissez-vous une personne qui est aux prises avec des problèmes de consommation de substances ou d'opioïdes ou qui l'a été par le passé? (Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent)

Oui, un ami Oui, un membre de ma famille Oui, une connaissance

Oui, autre : _____ (veuillez préciser)

Non Je ne sais pas Je préfère ne pas répondre

SECTION D (questionnaire soumis après l'atelier seulement)

Les dernières questions vous invitent à réfléchir à l'atelier et à son effet sur vous. Veuillez cocher la réponse qui reflète le mieux votre opinion personnelle.

	Fortement en désaccord	En désaccord	Neutre	D'accord	Fortement en accord
D1. Je ressens davantage de compassion pour les personnes ayant des problèmes de consommation de substances depuis que j'ai suivi l'atelier.	<input type="checkbox"/>				
D2. L'atelier a amélioré ma perception des personnes ayant des problèmes de consommation de substances.	<input type="checkbox"/>				
D3. L'atelier m'a davantage fait prendre conscience de la stigmatisation vécue par les personnes ayant des problèmes de consommation de substances.	<input type="checkbox"/>				
D4. Grâce à l'atelier, j'ai davantage conscience du langage stigmatisant que j'ai pu utiliser par le passé.	<input type="checkbox"/>				
D5. Si j'avais un problème de consommation de substances, je trouverais plus facile de demander de l'aide depuis que j'ai suivi l'atelier.	<input type="checkbox"/>				
D6. Depuis que j'ai suivi l'atelier, je suis plus déterminé(e) à employer un langage axé sur la personne d'abord lorsque je m'adresse à des personnes ayant des problèmes de consommation de substances.	<input type="checkbox"/>				

D7. À la lumière de ce que vous avez appris aujourd'hui, quelles notions ou parties de l'atelier ont le plus changé votre perception ou votre compréhension des personnes aux prises avec des problèmes de consommation de substances? Veuillez expliquer votre réponse.

D8. Avez-vous le sentiment que votre comportement à l'égard des personnes ayant des problèmes de consommation de substances changera à la suite de cet atelier? Si oui, de quelle façon? Sinon, pourquoi?

D9. Quelles parties de cet atelier avez-vous trouvé le plus utiles?

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://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)