

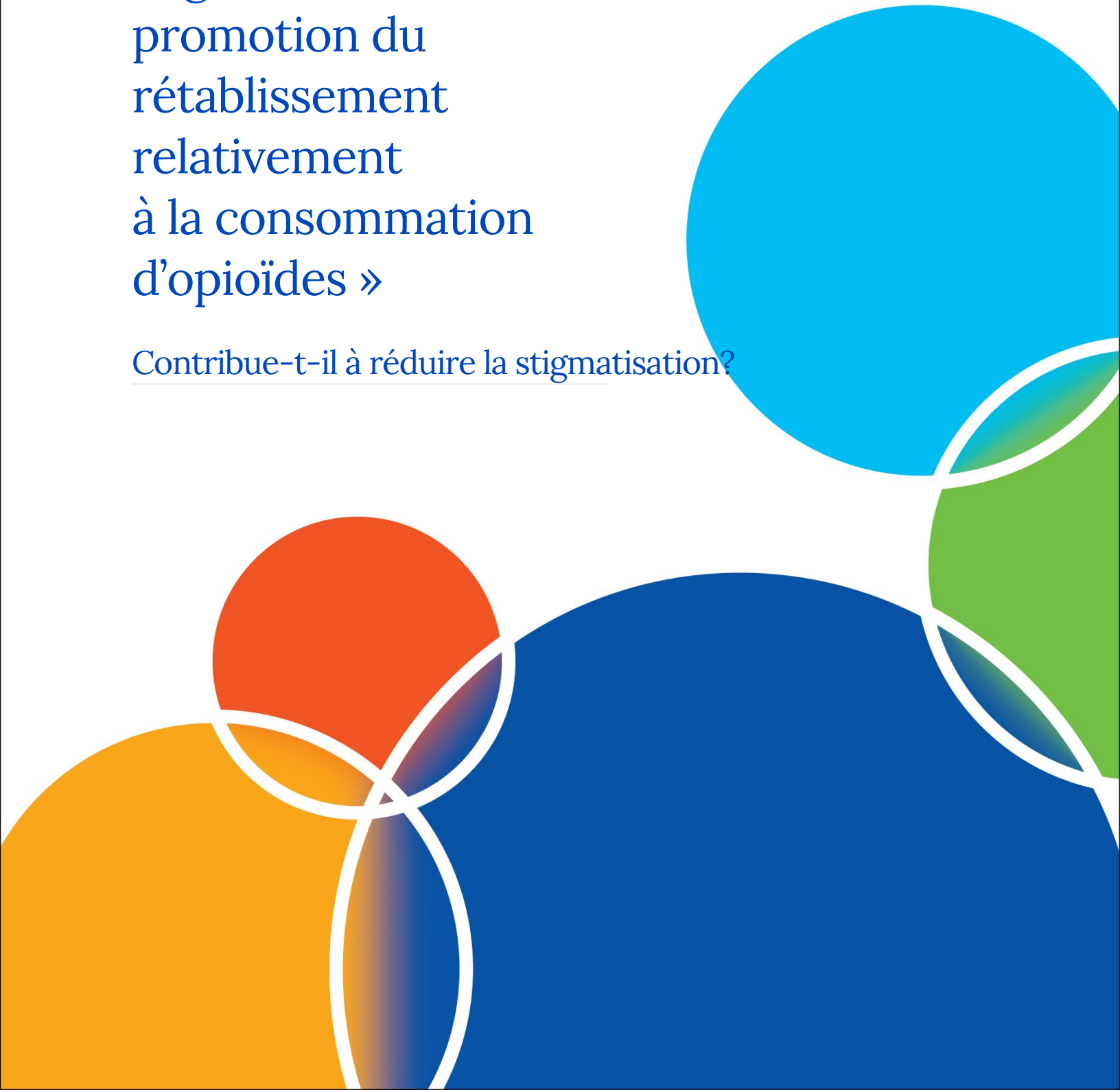


Commission de  
la santé mentale  
du Canada

Mental Health  
Commission  
of Canada

# « Réduction de la stigmatisation et promotion du rétablissement relativement à la consommation d'opioïdes »

Contribue-t-il à réduire la stigmatisation?



*This document is available in English.*

#### Informations concernant la citation

Citation suggérée : Commission de la santé mentale du Canada. (2022). « Réduction de la stigmatisation et promotion du rétablissement relativement à la consommation d'opioïdes » Contribue-t-il à réduire la stigmatisation? <https://commissionsantementale.ca/>

© 2022 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 : 978-1-77318-299-5

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.....	1
La stigmatisation, les fournisseurs de soins de santé, les premiers intervenants et la crise des opioïdes .....	1
Description du programme .....	3
Démarche d'évaluation .....	4
Résultats.....	5
Temps d'achèvement du cours.....	5
Variation du pointage moyen entre les deux interventions : ÉMAFCO-CM.....	5
Variation du pointage moyen entre les deux interventions : connaissances et compétences.....	7
Commentaires des participants .....	9
Résumé et conclusion .....	15
Références.....	17
Annexe.....	19
Évaluation avant et après le cours.....	19
Évaluation du cours (post-test uniquement).....	24

# Introduction

## La stigmatisation, les fournisseurs de soins de santé, les premiers intervenants 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 2021, plus de 24 000 décès apparemment liés aux opioïdes ont été comptabilisés, dont la grande majorité est considérée comme accidentelle<sup>1</sup>. Alors que des données antérieures laissaient croire à une diminution des décès liés aux opioïdes entre 2018 et 2019, les données récentes révèlent que les décès sont plutôt repartis à la hausse dans le contexte de la pandémie de COVID-19. Les hospitalisations dues à une intoxication aux opioïdes ont également augmenté depuis le début de la pandémie (une moyenne d'environ 16 par jour à l'heure actuelle), tout comme les hospitalisations liées aux stimulants (une moyenne d'environ 7 par jour à l'heure actuelle)<sup>2</sup>. Parmi les facteurs susceptibles de contribuer à l'aggravation de la crise, citons l'offre de drogues de plus en plus toxiques, l'augmentation des sentiments d'isolement, de stress et d'anxiété, ainsi que la faible disponibilité ou le manque d'accessibilité des services destinés aux personnes qui consomment des drogues<sup>3</sup>.

Ce nombre représente seulement une fraction des interactions quotidiennes (que ce soit pour un traitement ou pour d'autres raisons) des personnes qui consomment des opioïdes avec les fournisseurs de services de santé (FSS) et les premiers intervenants (PI). Les préjugés du public à l'égard des personnes qui consomment des substances sont bien ancrés,<sup>4</sup> tout comme les préjugés à l'égard de la thérapie par l'entretien de la médication, bien qu'elle soit reconnue comme une pratique exemplaire dans le traitement de la dépendance aux opioïdes. On ne reconnaît pas non plus que de nombreuses personnes consommant des opioïdes de manière problématique ont vu leur état se former à la suite d'une prescription excessive de la part des médecins<sup>5</sup>. Bien que ces attitudes et croyances négatives à l'égard de l'usage des opioïdes se retrouvent tant dans le public que chez les FSS et les PI, c'est précisément cette dernière stigmatisation qui aggrave les obstacles aux soins et réduit la qualité des services reçus par les consommateurs d'opioïdes<sup>6,7</sup>. 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 de leurs interactions avec les FSS et les PI<sup>8</sup>.

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 PI sur la prestation des services et les soins reçus par les personnes consommant des opioïdes<sup>1</sup>. L'un de ses principaux constats a été la nécessité de fournir davantage d'information et de formations axées sur la stigmatisation aux FSS et aux PI en faisant appel à des méthodes basées sur l'interaction<sup>9</sup>. L'interaction sociale inclut la participation directe et significative de personnes ayant un savoir expérientiel présent ou passé de la consommation de substances ou d'opioïdes. La participation peut varier des témoignages personnels à la conception et à la réalisation de programmes. Dans de nombreuses études à travers le monde, les approches axées sur les contacts se sont avérées efficaces<sup>10-13</sup>. Elles sont communément considérées comme une

---

<sup>1</sup> Cette initiative a été financée par Santé Canada.

pratique exemplaire pour réduire la stigmatisation et ont été mises à profit dans plusieurs des initiatives à succès de la CSMC pour réduire la stigmatisation liée à la maladie mentale<sup>14-17</sup>.

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 PI. Cette étude visait à déterminer les mesures qui fonctionnent et pourquoi elles sont efficaces dans le but de partager, de promouvoir, de reproduire et d'étayer l'expansion des programmes et des pratiques efficaces. Le présent rapport décrit les résultats de l'un des cinq programmes évalués dans le cadre de cette étude : un cours d'apprentissage en ligne divisé en six modules, élaboré et offert par le Centre de toxicomanie et de santé mentale.

# Description du programme

Le cours autodirigé en ligne sur la « Réduction de la stigmatisation et promotion du rétablissement relativement à la consommation d'opioïdes » est composé de six modules, et il a été élaboré et dispensé par le Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH). Plusieurs spécialistes de la question, dont des personnes ayant un savoir expérientiel présent ou passé de l'usage d'opioïdes, ont contribué à sa création. Les modules ont été adaptés d'un cours donné précédemment par le CAMH intitulé « Problèmes liés à l'usage d'opioïdes, solutions en matière de traitements », lequel a été conçu pour les fournisseurs de soins de santé (FSS) et offert sur plusieurs semaines.

Le cours gratuit et autodirigé intitulé « Réduction de la stigmatisation et promotion du rétablissement relativement à la consommation d'opioïdes » est destiné aux FSS et autres fournisseurs de services directs qui travaillent auprès des consommateurs d'opioïdes (disponible sur le portail [CAMH PSSP Knowledge Exchange Hub](#)). Le cours poursuit les deux principaux objectifs suivants :

- réduire la stigmatisation envers l'usage d'opioïdes et ceux qui en consomment
- renforcer les soins axés sur le rétablissement, ainsi que la notion voulant que le rétablissement soit fortement individualisé.

Le cours comprend des questionnaires, des études de cas et des vidéos, de même que la possibilité de réfléchir à divers sujets et enjeux par le biais de forums de discussion. Les six modules qu'il comporte sont répartis selon les thèmes suivants :

- la crise des opioïdes au Canada (incluant un aperçu de la problématique liée à la stigmatisation)
- les facteurs de risque, les populations prioritaires et la réduction des préjudices
- le traitement par agonistes opioïdes (TAO)
- les interventions de nature psychologique
- le soutien au rétablissement et les soins continus
- la réduction de la stigmatisation.

La formation comprend également l'accès à un « coffre-fort de ressources » proposant des rapports, des guides, des fiches d'information, ainsi que d'autres documents sur toute une panoplie de sujets que les participants peuvent utiliser et transmettre à leurs clients : la crise des opioïdes, les préjudices liés aux opioïdes, les déterminants sociaux de la santé, les traumatismes, la réduction des préjudices, le traitement à la naloxone, les soins axés sur le rétablissement, la lutte contre la stigmatisation et les autosoins. Il faut environ neuf heures pour compléter le cours, en comptant tout le matériel complémentaire.

Le Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) a lancé le cours « Réduction de la stigmatisation et promotion du rétablissement relativement à la consommation d'opioïdes » en février 2021. L'évaluation de la CSMC visant à évaluer les principaux acquis du programme a eu lieu entre la fin février 2021 et le début janvier 2022.

# Démarche d'évaluation

Le programme a été évalué à l'aide d'une conception « avant-après » et de deux mesures des résultats moyens (M) pour évaluer son incidence. La première mesure a eu recours à [l'Échelle de mesure de l'attitude des fournisseurs de soins face à la consommation d'opioïdes de l'initiative Changer les mentalités \(ÉMAFCO-CM\)](#)<sup>18,19</sup> – conçue précisément pour évaluer (1) les attitudes et (2) les comportements/la motivation à aider – parmi les populations de FSS et de PI qui interagissent avec les personnes aux prises avec des problèmes d'usage d'opioïdes<sup>ii</sup>. Pour chaque élément, les participants devaient indiquer leur degré d'accord sur une échelle de 1 à 5 points : fortement en accord (5), en accord (4), neutre (3), en désaccord (2), fortement en désaccord (1). Les résultats moyens de l'ÉMAFCO-CM peuvent s'étendre de 1 à 5, les résultats plus faibles reflétant les attitudes plus positives (moins de stigmatisation).

La deuxième mesure des résultats a posé une série de questions sur les connaissances et les niveaux de compétence des participants dans les principaux volets du cours; notamment, la stigmatisation et la réduction de celle-ci, les méfaits liés à l'usage d'opioïdes au niveau individuel et systémique, les meilleures approches fondées sur des données probantes pour réduire et traiter les méfaits, ainsi que les stratégies axées sur le rétablissement. Les éléments ont été notés sur une échelle de cinq points où « 1 » indiquait l'absence de connaissances ou de compétences, et « 5 » indiquait un niveau très élevé de connaissances ou de compétences.

Pour les deux mesures, les participants ont été invités à répondre aux sondages en ligne immédiatement avant et après la fin du cours, afin que les changements au fil du temps puissent être saisis. 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 la phase pré- et post-formation 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. Dans son contexte, R. Coe décrit ces différences d'ampleur d'effet comme suit (sur la base des descriptions fournies par Cohen) :

la différence entre la grandeur des filles de 15 ans et celle des filles de 16 ans aux États-Unis correspond à une ampleur d'effet de [petite] taille. Une ampleur d'effet de 0,5 est [...] « suffisamment grande pour être visible à l'œil nu » [et] correspond à la différence de grandeur entre des filles de 14 ans et de 18 ans. [...] Une ampleur d'effet de 0,8 est « nettement perceptible et donc importante » et [...] équivaut à la différence de grandeur entre des filles de 13 ans et de 18 ans. (p. 4)<sup>20</sup>

Après avoir suivi le cours, les participants ont également reçu une liste de questions les invitant à réfléchir sur la valeur et l'utilité du cours et sur ce qu'ils ont appris<sup>iii</sup>. Deux questions de réflexion

---

<sup>ii</sup> Bien que l'échelle ÉMAFCO-CM originale contenait 19 éléments, les résultats d'analyses psychométriques récentes (voir la note de fin de document n° 20) suggèrent une préférence éventuelle pour une échelle de 15 éléments qui saisit deux domaines principaux : les attitudes (6 éléments) et les comportements/motivation à aider (9 éléments).

<sup>iii</sup> Des résultats descriptifs sont fournis pour ces questions.

qualitative ont également été posées lors du test a posteriori : quels aspects du cours ont bien fonctionné? Quelles suggestions auriez-vous pour améliorer le cours?

Les renseignements démographiques n'ont pas été recueillis pour cette évaluation.

## Résultats

Entre le 25 février 2021 et le 9 janvier 2022, 164 participants se sont inscrits au cours. Parmi eux, 67 l'ont terminé et ont reçu un certificat, et 66 d'entre eux ont fourni des données pré-test et post-test. Parmi ces pré-tests et post-tests, 20 ont été exclus de l'analyse, car ils avaient été remis dans un délai très court (moins de deux heures entre le pré-test et le post-test)<sup>iv</sup>. Les analyses ont été menées à bien sur les 46 sondages pré-test et post-test restants.

### Temps d'achèvement du cours

Les estimations du temps d'achèvement du cours ont été réalisées à l'aide de données qui permettent de savoir quand les participants ont soumis leurs pré-tests et post-tests. Comme le montre le Tableau 1, ces délais varient, bien que la plupart des participants aient terminé le cours dans un délai de cinq jours après l'avoir commencé. Le temps médian d'achèvement était de trois jours; le temps d'achèvement le plus fréquent (mode) était d'un jour.

**Tableau 1. Estimation du temps nécessaire pour terminer le programme (n=46)**

Temps entre le pré-test et le post-test	n	%
Moins d'un jour	9	19,5 %
De 1 à 5 jours	19	41,3 %
De 6 à 10 jours	8	17,4 %
De 11 à 15 jours	5	10,9 %
De 16 à 20 jours	1	2,2 %
Plus de 20 jours	4	8,7 %

### Variation du pointage moyen entre les deux interventions : ÉMAFCO-CM

En tout, les 46 sondages concordants avant et après le cours ont été utilisés pour l'analyse. Une évaluation de la fiabilité de l'outil (coefficient alpha de Cronbach) réalisée pour l'ÉMAFCO-CM

---

<sup>iv</sup> On a estimé que ce délai était le minimum absolu pour qu'un participant puisse accomplir les éléments essentiels du cours. Les personnes qui ont effectué les pré-tests et les post-tests en moins de deux heures ont peut-être été insuffisamment impliquées dans le contenu du cours ou ont effectué le post-test à un moment inopportun (p. ex. à la fin du premier module plutôt qu'à la fin du programme complet).



(remplis avant et après le test) a révélé des niveaux élevés de cohérence interne aux deux moments (ÉMAFCO-CM : coefficient alpha de Cronbach = 0,95 avant le test et 0,94 après le test).

Le Tableau 2 met en évidence les changements de résultats pour l'ÉMAFCO-CM. Comme on peut le voir, le résultat moyen de l'ÉMAFCO-CM était de 1,48 (écart-type<sup>v</sup> = 0,41) au début du programme et de 1,38 (écart-type = 0,77) à la fin, ce qui montre une légère amélioration, non statistiquement significative, des résultats avant et après la formation, avec des niveaux moyens de stigmatisation déjà très bas au départ.

Un examen de la distribution des résultats de référence (pré-test) a montré qu'environ la moitié des participants ( $n = 25$ ; 54,3 %) avait un résultat moyen de référence de 1,50 ou moins, suggérant la possibilité d'un effet de plafonnement<sup>vi</sup>. Une analyse secondaire a donc été entreprise en divisant l'échantillon de participants en deux groupes : (1) ceux qui avaient un très faible résultat de stigmatisation au départ (résultat du pré-test de 1,50 ou moins) et (2) ceux dont le résultat au départ était supérieur à 1,50.

Comme l'illustre le Tableau 2, cette sous-analyse a révélé que les participants ayant obtenu des résultats de référence plus élevés (c.-à-d. supérieurs à 1,50) ont vu leurs résultats s'améliorer de façon statistiquement significative entre le début et la fin du programme, les ampleurs de l'effet se situant résolument dans la fourchette d'effet moyen ( $d$  de Cohen = 0,59).

**Tableau 2. Résultats des participants avant et après le programme : ÉMAFCO-CM**

	<i>N/n</i>	<i>M</i> avant le test (écart-type)	<i>M</i> après le test (écart-type)	Test <i>t</i>	Ampleur de l'effet ( <i>d</i> de Cohen)
Tous les participants	46	1,48 (0,41)	1,38 (0,77)	$t(45) = 0,888$ , $p^{\text{vii}} = 0,379$	0,16
Résultat de référence : 1,50 ou moins	25	1,17 (0,18)	1,27 (0,82)	$t(24) = -$ $0,613$ , $p =$ $0,552$	- 0,17
Résultat de référence : 1,50 et plus	21	1,86 (0,25)	1,51 (0,70)	$t(20) = 2,42$ , $p = 0,025$	0,59

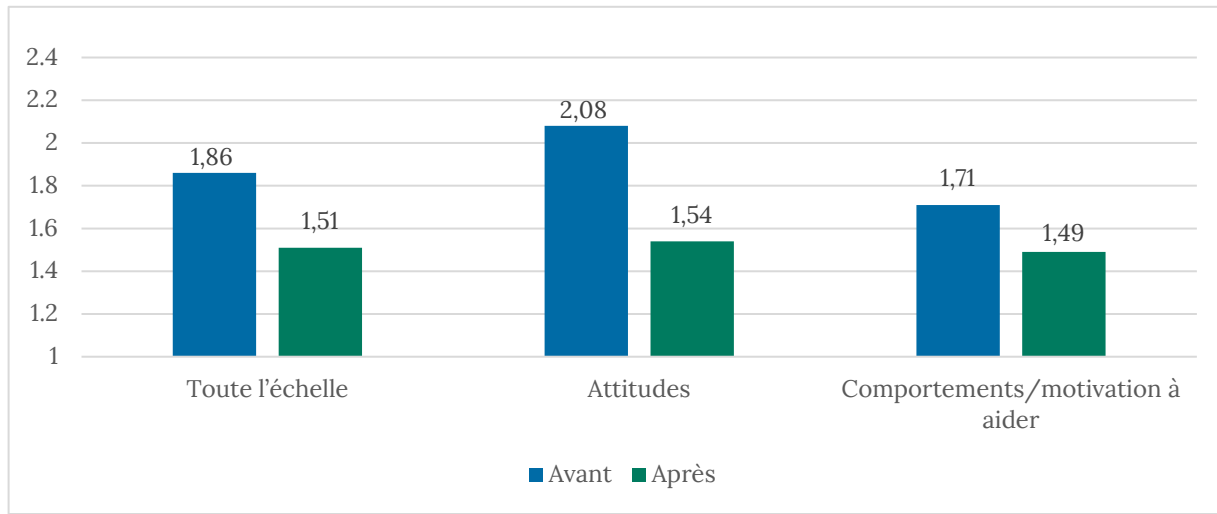
Comme l'illustre la Figure 1, les participants de ce groupe ( $n = 21$ ) ont montré des améliorations pour les deux principales composantes de l'échelle de l'ÉMAFCO-CM – attitudes et comportements/motivation à aider – avec des résultats d'amélioration particulièrement élevés pour la dimension des attitudes de cette échelle.

<sup>v</sup> Norme d'écart.

<sup>vi</sup> Un effet de plafonnement se produit lorsque les éléments du test ne sont pas suffisamment ambitieux pour un groupe particulier et que, par conséquent, les résultats s'accumulent à l'extrémité supérieure.

<sup>vii</sup> Une valeur  $p$  (probabilité) indique la vraisemblance qu'un résultat soit dû à des occurrences aléatoires. Une valeur  $p$  plus faible indique une moindre probabilité qu'un résultat soit aléatoire.

**Figure 1. Résultats avant et après le test pour les dimensions de stigmatisation relatives aux attitudes et aux comportements/motivation à aider**



Une analyse supplémentaire concernant le temps mis à terminer le programme et les changements de résultats entre le pré-test et le post-test suggère que ces facteurs ne sont pas corrélés. En général, cependant, les participants dont les résultats de référence étaient très faibles avaient tendance à terminer le cours plus rapidement (jours médians = 2,0) que ceux dont les résultats de référence étaient plus élevés (temps médian pour terminer le cours = 4,0 jours). Cette différence est statistiquement significative ( $p = 0,016$ ) et montre un effet de niveau moyen ( $d$  de Cohen = 0,40).

## Variation du pointage moyen entre les deux interventions : connaissances et compétences

Les participants devaient également répondre à une série de questions sur leur niveau de connaissances et de compétences dans les domaines suivants :

- les méfaits liés à la consommation d'opioïdes au niveau individuel et systémique
- les stratégies de réduction des préjudices
- les programmes de TAO disponibles
- les approches multidisciplinaires du traitement du trouble d'utilisation d'opioïdes (TUO)
- les stratégies axées sur le rétablissement des clients
- les effets de la stigmatisation
- les stratégies pour lutter contre la stigmatisation

Les réponses ont été notées sur une échelle de cinq points qui allait d'aucune (1) à très élevée (5). Comme le montrent les changements des résultats moyens avant et après l'intervention, mis en évidence dans le Tableau 3, des améliorations statistiquement significatives des niveaux de connaissances et de compétences ont été observées pour toutes les mesures, l'ampleur du changement se situant dans la fourchette des effets importants ( $d$  de Cohen = -1,12 à -1,70, selon le domaine).

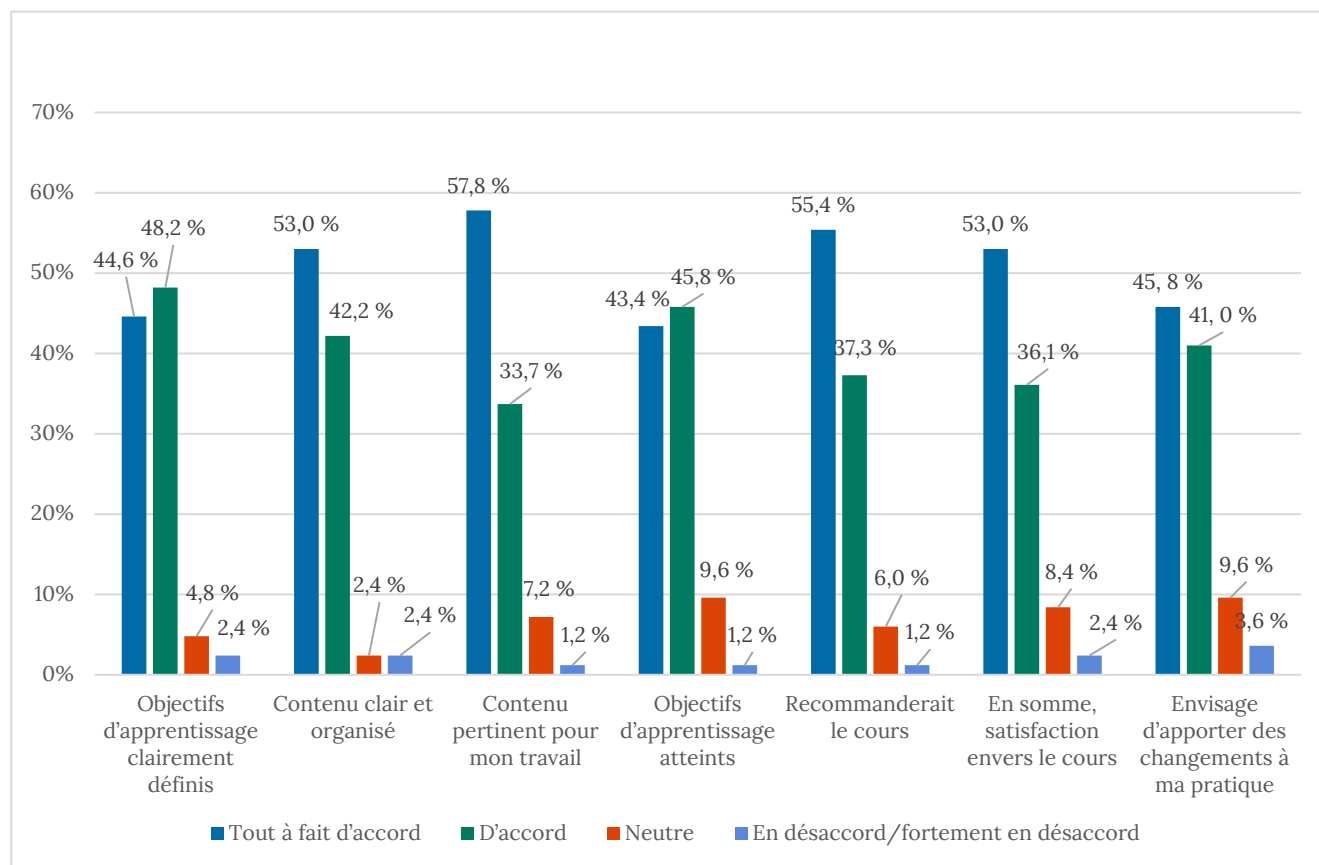
**Tableau 3. Connaissances et compétences : Résultats moyens avant et après le programme**

	<i>M</i> avant le test (écart-type)	<i>M</i> après le test (écart-type)	Test <i>t</i>	Ampleur de l'effet ( <i>d</i> de Cohen)
<b>Connaissances</b> des méfaits liés à l'usage d'opioïdes au niveau individuel et systémique, ainsi que du TUO	2,96 (0,99)	4,00 (0,92)	$t(65) = -7,16, p < 0,001$	-1,09
<b>Compétences</b> pour repérer les méfaits liés à l'usage d'opioïdes au niveau individuel et systémique, ainsi que le TUO	2,85 (1,05)	3,96 (0,89)	$t(65) = -8,13, p < 0,001$	-1,12
<b>Connaissances</b> des stratégies de réduction des préjudices liés à l'usage d'opioïdes	2,98 (1,27)	4,24 (0,67)	$t(65) = -8,42, p < 0,001$	-1,16
<b>Compétences</b> pour repérer les stratégies de réduction des préjudices liés à l'usage d'opioïdes	2,00 (1,10)	3,93 (0,88)	$t(65) = -8,27, p < 0,001$	-1,22
<b>Connaissances</b> des programmes de TAO disponibles au Canada	1,89 (1,08)	3,76 (0,87)	$t(65) = -11,89, p < 0,001$	-1,93
<b>Compétences</b> pour expliquer les différences entre les programmes de TAO disponibles au Canada	2,28 (1,15)	4,02 (0,83)	$t(65) = -11,66, p < 0,001$	-1,89
<b>Connaissances</b> des approches multidisciplinaires du traitement du TUO	2,28 (1,17)	3,98 (0,80)	$t(65) = -10,68, p < 0,001$	-1,71
<b>Compétences</b> pour adopter une approche multidisciplinaire du traitement du TUO	2,65 (1,30)	4,20 (0,72)	$t(65) = -10,15, p < 0,001$	-1,66
<b>Connaissances</b> des stratégies axées sur le rétablissement des clients qui consomment des opioïdes	2,52 (1,33)	4,04 (0,76)	$t(65) = -8,55, p < 0,001$	-1,40
<b>Compétences</b> pour utiliser des stratégies axées sur le rétablissement des clients qui consomment des opioïdes	2,67 (1,21)	4,20 (0,78)	$t(65) = -8,69, p < 0,001$	-1,33
<b>Connaissances</b> de la portée de la stigmatisation sur les personnes qui font usage d'opioïdes et sur leurs réseaux de soutien	3,48 (1,03)	4,46 (0,66)	$t(65) = -6,12, p < 0,001$	-1,12
<b>Compétences</b> pour expliquer la portée de la stigmatisation sur les personnes qui font usage d'opioïdes et leurs réseaux de soutien	3,07 (1,08)	4,37 (0,68)	$t(65) = -8,25, p < 0,001$	-1,41
<b>Connaissances</b> des stratégies de réduction de la stigmatisation entourant l'usage d'opioïdes et le TUO	2,67 (1,21)	4,20 (0,78)	$t(65) = -8,69, p < 0,001$	-1,46
<b>Compétences</b> pour mettre en place les stratégies de réduction de la stigmatisation entourant l'usage d'opioïdes et le TUO	2,52 (1,23)	4,22 (0,81)	$t(65) = -9,98, p < 0,001$	-1,59

## Commentaires des participants

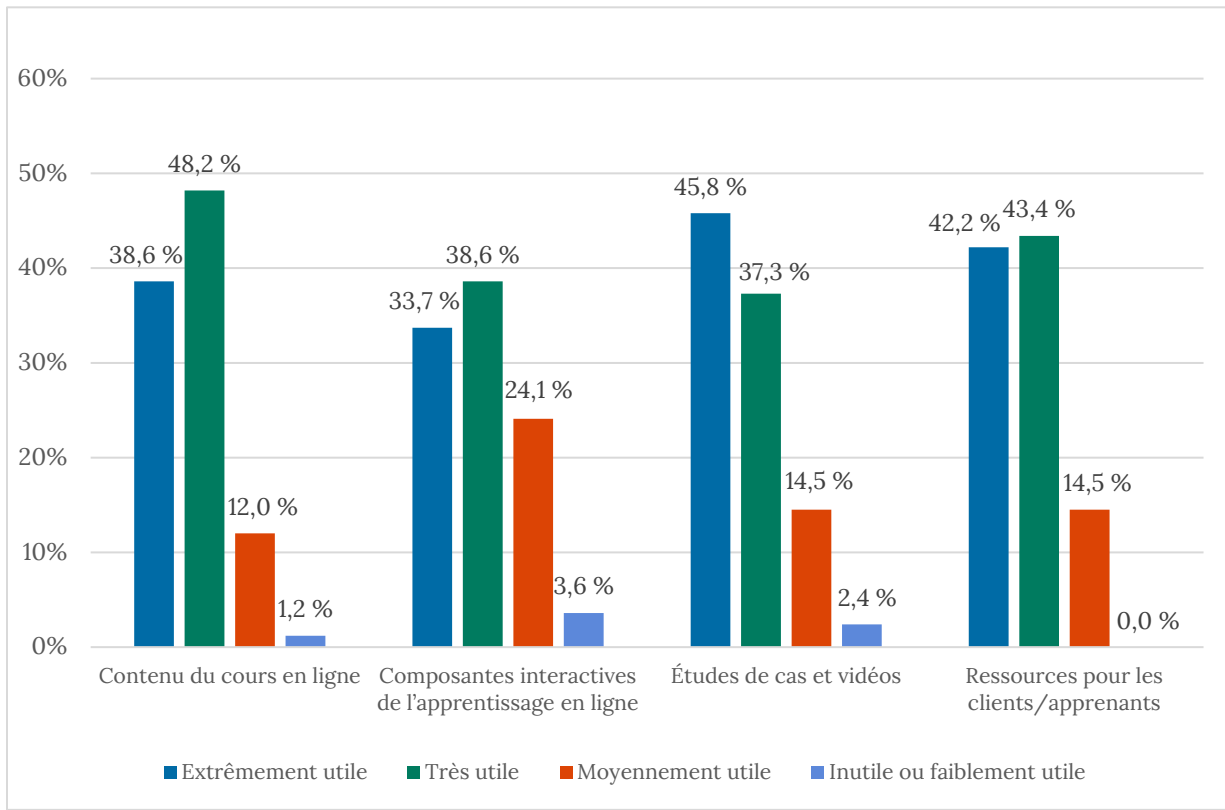
Après avoir suivi le cours, les participants ont été invités à répondre à plusieurs questions sur la valeur et l'utilité de la formation. Comme le montre la Figure 2, ils ont été très positifs à l'égard du cours. Par exemple, plus de neuf participants sur dix ont indiqué que le contenu était pertinent pour leur travail (57,8 % fortement d'accord; 33,7 % d'accord). Une proportion comparable s'est dit satisfaite du cours (53,0 % tout à fait d'accord; 36,1 % d'accord) et le recommanderait à d'autres (55,4 % tout à fait d'accord; 37,3 % d'accord). En outre, près de neuf personnes sur dix ont estimé que les objectifs d'apprentissage du cours avaient été atteints (43,4 % tout à fait d'accord; 45,8 % d'accord) et qu'elles avaient l'intention de modifier leurs pratiques à la suite de ce qu'elles avaient appris (45,8 % tout à fait d'accord; 41,0 % d'accord).

**Figure 2. Accord des participants avec les énoncés sur la valeur et la satisfaction du programme**



On a également demandé aux participants d'indiquer dans quelle mesure les différentes composantes du programme étaient utiles. Comme le montre la Figure 3, plus de huit sur dix (entre 83,1 % et 86,8 %) ont trouvé que le contenu du cours en ligne, les études de cas et les vidéos, ainsi que les ressources étaient très ou extrêmement utiles. Une majorité légèrement plus faible (72,3 %) a accordé les mêmes notes aux composantes interactives de l'apprentissage en ligne.

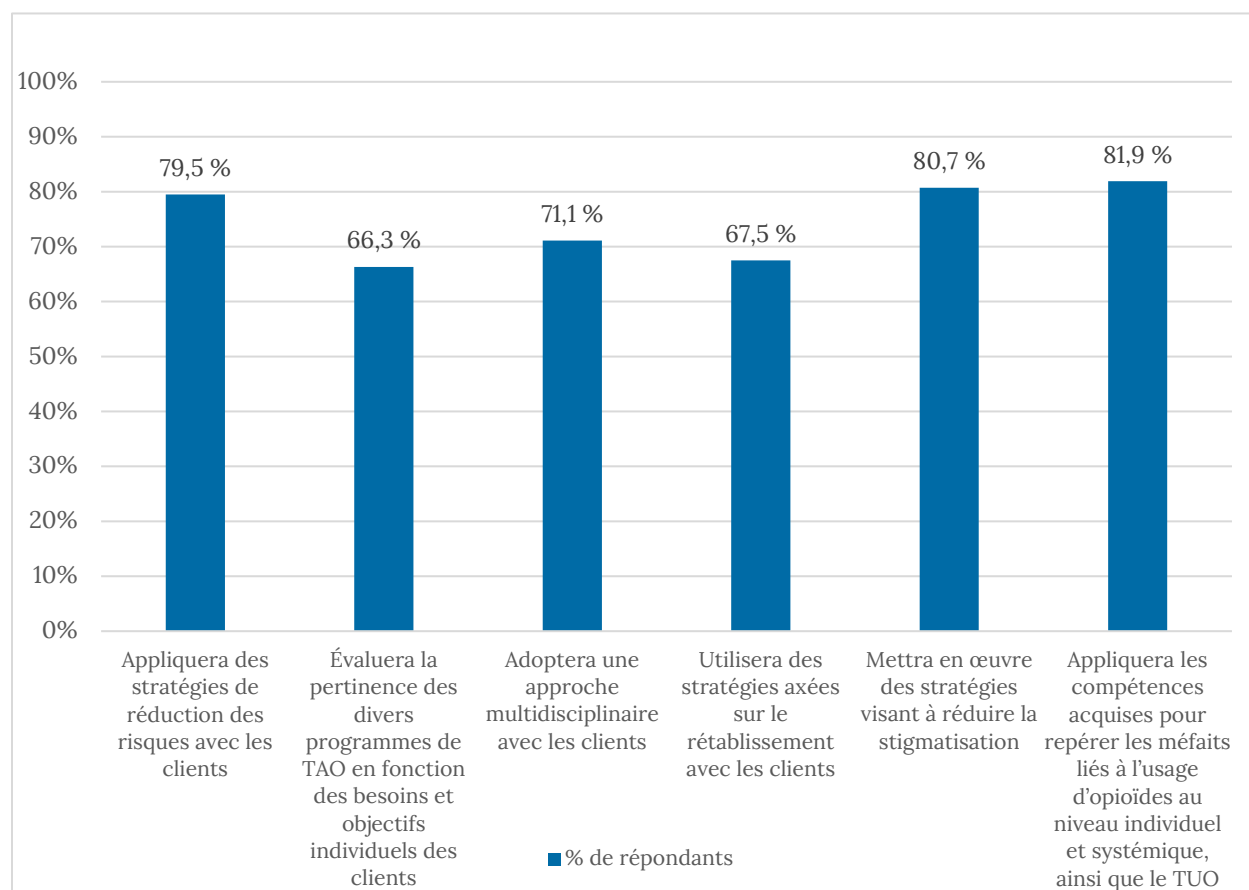
**Figure 3. Appréciation de l'utilité des composantes du cours par les participants**



En outre, les participants ont été invités à indiquer ce qu'ils prévoyaient de faire différemment dans leur pratique sur la base de ce qu'ils avaient appris. Dans un format à réponses multiples, ils devaient sélectionner toutes les options proposées qui s'appliquaient. Comme le montre la Figure 4, environ huit participants sur dix ont déclaré qu'ils mettraient en œuvre des stratégies pour réduire la stigmatisation dans le cadre de leur travail (80,7 %), qu'ils appliqueraient les compétences acquises pour repérer les méfaits liés à la consommation d'opioïdes au niveau individuel et systémique (81,9 %) et qu'ils utiliseraient des stratégies de réduction des préjudices avec les clients (79,5 %).

Des majorités légèrement plus faibles ont indiqué qu'elles adopteraient une approche multidisciplinaire avec les clients (71,5 %), utiliseraient des stratégies davantage axées sur le rétablissement (67,5 %) et évalueraient la pertinence des divers programmes de TAO en fonction des besoins et des objectifs individuels des clients (66,3 %).

**Figure 4. Que ferez-vous différemment dans votre pratique à la suite de ce cours? (réponses multiples)**



Enfin, les participants devaient répondre à deux questions ouvertes : (1) Quels aspects du cours ont bien fonctionné? et (2) Quelles suggestions auriez-vous pour améliorer le cours?

Les réponses à la première question étaient centrées sur quelques thèmes principaux. Tout d'abord, de nombreux participants ont apprécié le déroulement général et la présentation du cours, soulignant que l'organisation des modules et la combinaison de différents éléments interactifs ont facilité le processus d'apprentissage. Les commentaires suivants illustrent ce thème général :

- *J'ai apprécié cette combinaison de renseignements et de vidéos. [Elles ont permis] de faire une bonne pause par rapport à la lecture assidue [et] ont même contribué à réduire la fatigue oculaire.*
- *Excellent mélange de contenu multimédia – très instructif et captivant. Facile à identifier grâce aux membres de la communauté qui ont raconté leur histoire.*
- *L'information était facile à suivre et utilisait différents styles d'enseignement (vidéos, activités, textes).*
- *J'ai vraiment aimé la façon dont le cours a été présenté, tout était très bien structuré.*

- *J'ai apprécié que le contenu soit clair, actualisé et interactif avec le forum. J'ai particulièrement apprécié l'enchaînement de toutes les ressources; cela m'a vraiment aidé à regrouper tous les éléments.*
- *Bon déroulement.*

Deuxièmement, de nombreux participants ont estimé que les études de cas et les vidéos personnelles fonctionnaient particulièrement bien, et ont indiqué que cet élément a aussi contribué à améliorer et à mieux assimiler leur apprentissage. Voici quelques exemples de commentaires :

- *Le cours était formidable. Les vidéos ont joué un rôle très important dans mon apprentissage.*
- *J'ai vraiment aimé les études de cas et les vidéos qui ont permis de faire connaître les expériences et les histoires d'autres personnes.*
- *Les vidéos relatant l'histoire de clients réels ont contribué à illustrer les sujets abordés et à susciter l'empathie.*
- *J'ai bien aimé entendre les témoignages. Comme mentionné, il est important de mettre des noms sur ces statistiques, car cela les rend plus tangibles que de simples chiffres.*
- *Les témoignages ont été très utiles pour souligner [la] nécessité pour les aidants de faire preuve d'empathie.*
- *Les vidéos et les témoignages ont vraiment bien fonctionné et ont apporté une touche plus concrète aux enjeux.*

Troisièmement, certains participants ont souligné des éléments de contenu particuliers du cours qu'ils ont appréciés, comme le montrent les commentaires suivants :

- *J'ai adoré les passages sur le rétablissement. Je vais utiliser certaines de ces données et de ce langage dans ma séance commune avec les clients et leurs familles. Je pourrais également y inclure quelques éléments sur la stigmatisation – en général, j'ai uniquement recours à une « position de non-jugement », mais je pense que cela s'harmoniserait bien avec le contenu sur la stigmatisation – après tout, celle-ci est essentiellement constituée de jugements, non?*
- *J'ai aimé la façon dont j'ai été en mesure d'apprendre différentes méthodes de traitement de ces personnes. J'ai aussi appris que le soutien par les pairs est un bon moyen de soutenir ces gens.*
- *Reconnaître les préjugés au niveau de l'individu et du système.*
- *Les différentes voies pour réduire la stigmatisation.*
- *L'apprentissage des différents programmes de TAO a été très bénéfique.*

Enfin, certains participants ont souligné quelques éléments précis de la formation qui fonctionnent bien, comme l'illustrent les commentaires suivants :

- *J'aime le fait que l'on travaille à notre propre rythme, et que l'on puisse revenir en arrière et recommencer à tout moment.*
- *L'accessibilité 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.*
- *Les gros caractères m'ont permis de mieux comprendre.*
- *J'ai aimé le fait que le cours soit autodirigé et qu'il comprenne plusieurs données provenant directement des individus.*
- *La convivialité du programme.*

En ce qui a trait aux réponses à la deuxième question, la plupart des participants n'avaient aucune suggestion à formuler pour améliorer le site. Parmi ceux qui en avaient, quelques aspects clés ont été relevés.

Tout d'abord, plusieurs des participants ayant fait des suggestions étaient d'avis que les éléments relatifs à la vérification des connaissances du cours pourraient être améliorés. Plus précisément, ils estimaient qu'il serait parfois utile d'inclure de courts questionnaires à la place (ou en plus) des messages liés aux discussions/activités. Voici quelques exemples de commentaires :

- *Inclure de courts questionnaires au lieu des messages de discussion.*
- *Prévoir des questionnaires plutôt que de [devoir] rédiger son propre travail.*
- *Le cours pouvant être suivi en une seule séance, les avantages de l'affichage dans les forums de discussion et les options permettant de voir les réponses sont pour la plupart inutilisés, et je dirais même pour ma part, écartés.*
- *Questionnaire pour vérifier les connaissances.*
- *Peut-être avoir un petit questionnaire de contrôle après chaque module.*
- *Supprimer les activités et ajouter des mini-questionnaires.*
- *Plus de questionnaires et de vérifications des connaissances.*
- *Plus de questions liées au sujet abordé devraient être posées pendant les séances de discussion.*
- *Peut-être aussi des questions à choix multiples en ligne, et une combinaison de forums de discussion et de questionnaires en ligne dans le cadre du cours.*
- *Formuler les questions en même temps que se déroulent les discussions.*
- *Des questions à la place des exercices écrits.*

D'autres améliorations du contenu ont été moins fréquentes, bien que plusieurs participants aient suggéré d'inclure davantage d'histoires personnelles et de témoignages. Voici quelques exemples de ces suggestions :

- *Plus de données concernant la lutte contre la stigmatisation; par exemple, comment s'adresser aux personnes qui affichent des comportements stigmatisants ?*
- *Tout était excellent. Peut-être inclure des recommandations sur l'épuisement professionnel et les autosoins [afin] que les organisations puissent également porter une part de responsabilité dans la réduction de l'épuisement professionnel de leurs employés. L'épuisement professionnel n'est pas le fait d'un seul individu. Mais après avoir travaillé assez longtemps dans le secteur des soins de santé, l'inefficacité du système finit parfois par vous atteindre. Il faut aussi améliorer le système de soins de santé pour les personnes qui essaient de changer leur relation avec les substances.*
- *Faire plus de recherches sur les noms donnés aux drogues dans la rue.*
- *Montrer éventuellement des histoires de réussite [de personnes] qui sont capables de vivre au jour le jour [malgré] leurs dépendances ou leurs traumatismes.*
- *Plus de vidéos présentant des témoignages de médecins sur ce qui fonctionne pour réduire la stigmatisation.*
- *Plus de vidéos sur les histoires et les expériences des personnes.*
- *Plus de témoignages.*



Des suggestions ont également été apportées pour améliorer la logistique et la convivialité du site, généralement en rapport avec les difficultés liées aux messages de discussion. Voici quelques exemples de commentaires :

- *Les messages de discussion ne devraient pas être cachés.*
- *Il faudrait réduire le temps d'attente pour voir les commentaires des autres.*
- *Les délais de verrouillage des forums de discussion ont fini par constituer un obstacle pour moi, car je n'étais pas motivé à y revenir pour vérifier les réponses des autres participants.*
- *Il était parfois difficile de publier des messages, car il fallait parfois rafraîchir la page à plusieurs reprises.*
- *Les messages de discussion ne s'affichent pas après que j'ai répondu.*
- *Lorsque l'on se déconnecte et que l'on se reconnecte, il serait bien de revenir automatiquement au dernier point d'étude.*
- *Avoir des liens séparés pour la vidéo, afin que l'on puisse y accéder de différentes manières.*
- *Il est un peu difficile de trouver les boutons permettant de répondre.*

Enfin, quelques participants ont suggéré d'inclure des options audio dans le cours. Par exemple :

- *Une option de conversion texte-parole pour les personnes ayant des problèmes de la vue serait utile.*
- *Utiliser l'audio pour lire à haute voix. J'ai trouvé qu'il était difficile de retenir les connaissances simplement en lisant.*

# Résumé et conclusion

Dans l'ensemble, l'évaluation du cours d'apprentissage en ligne « Réduction de la stigmatisation et promotion du rétablissement relativement à la consommation d'opioïdes » a donné des résultats encourageants et prometteurs. Cela a été illustré par plusieurs constats :

- Pour les participants qui n'avaient pas de très faibles scores de stigmatisation au départ sur l'ÉMAFCO-CM, les résultats ont indiqué une amélioration statistiquement significative dans les deux dimensions clés du contenu sur l'échelle (attitudes et comportements/motivation à aider), avec une ampleur d'effet dans la fourchette moyenne.
- Les résultats ont montré des améliorations importantes et statistiquement significatives des connaissances et des compétences dans tous les domaines principaux du programme, dont la sensibilisation à la stigmatisation et la mise en œuvre de stratégies de réduction de la stigmatisation.
- L'évaluation a démontré des niveaux élevés d'accord sur les incidences perçues du programme et la satisfaction à son égard. Plus de huit participants sur dix se sont dit satisfaits du cours (53,0 % tout à fait d'accord; 36,1 % d'accord) et le recommanderait à d'autres (55,4 % tout à fait d'accord; 37,3 % d'accord). Des proportions comparables ont également indiqué que grâce au cours, ils avaient l'intention d'apporter des changements à leur pratique (45,8 % étaient tout à fait d'accord; 41,0 % étaient d'accord), dont 80,7 % indiquant qu'ils prévoyaient de mettre en œuvre des stratégies pour réduire la stigmatisation au sein de leurs pratiques.
- Les réponses qualitatives aux questions ouvertes des participants ont été très favorables dans l'ensemble, avec des remarques positives sur le déroulement et l'enchaînement des modules, le contenu du programme, l'utilisation de divers éléments interactifs et les vidéos d'histoires personnelles. Par ailleurs, les suggestions d'amélioration étaient minimes, par exemple l'inclusion de questionnaires, une meilleure fonctionnalité des messages de discussion et l'ajout de vidéos personnelles supplémentaires.

Toutefois, il est important de noter quelques points faibles. Tout d'abord, les effets de plafonnement observés (très faibles résultats de référence) pour certains participants sur l'ÉMAFCO-CM signifiaient que leur réduction de la stigmatisation ne pouvait être évaluée que partiellement – c'est-à-dire par le biais de l'évaluation avant-après concernant l'augmentation des niveaux de connaissances et de compétences relatives à la stigmatisation, la réduction de la stigmatisation, et la rétroaction des participants, et non l'ÉMAFCO-CM.

Il convient également de noter que les résultats relatifs à la stigmatisation n'ont été évalués que pour ceux qui avaient terminé le programme en deux heures ou plus, durée qui a été fixée comme étant le temps minimum dont les participants auraient besoin pour parcourir tout le contenu principal du cours. Le fait que plusieurs participants aient reçu des certificats de réussite après avoir terminé leur pré-test et leur post-test en moins de deux heures pourrait être le signe d'un problème de navigation (c'est-à-dire que certains participants sont capables de terminer le post-test avant de terminer le cours proprement dit) ou d'une autre faille liée à la mesure de la réussite du programme.

Les futures versions du programme devraient s'assurer que les pré-tests et post-tests ne peuvent être administrés qu'avant de commencer et après avoir terminé le cours intégral, respectivement.

Malgré ces points faibles, les résultats de l'évaluation suggèrent que le cours d'apprentissage en ligne « Réduction de la stigmatisation et promotion du rétablissement relativement à la consommation d'opioïdes » est prometteur. Non seulement il est efficace comme outil d'intervention pour la réduction de la stigmatisation auprès des personnes qui travaillent et fournissent des services aux consommateurs d'opioïdes, mais il présente également des améliorations plus importantes que les autres programmes portant sur la réduction de la stigmatisation évalués à l'aide de l'ÉMAFCO-CM<sup>21-23</sup>. Par conséquent, il est conseillé de continuer à offrir le programme sous sa forme actuelle, tout en envisageant d'ajouter des questionnaires et des vidéos d'histoires personnelles, comme l'ont suggéré certains participants.

# Références

- <sup>1</sup> Groupe de travail sur la surveillance des surdoses et des décès liés à l'usage de substances et Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes. (2021). *Décès apparemment liés à la toxicité des opioïdes et stimulants : Surveillance des méfaits liés aux opioïdes et stimulants au Canada, janvier 2016 à septembre 2021*. Agence de la santé publique du Canada <https://sante-infobase.canada.ca/mefaits-associes-aux-substances/opioides-stimulants>
- <sup>2</sup> Groupe de travail sur la surveillance des surdoses et des décès liés à l'usage de substances et Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes. (2021). *Décès apparemment liés à la toxicité des opioïdes et stimulants : Surveillance des méfaits liés aux opioïdes et stimulants au Canada, janvier 2016 à septembre 2021*.
- <sup>3</sup> Groupe de travail sur la surveillance des surdoses et des décès liés à l'usage de substances et Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes. (2021).
- <sup>4</sup> Stuart, H., (2019). *Managing the stigma of opioid use*. *Healthcare Management Forum*, vol. 32, no 2, p. 78-83. <https://doi.org/10.1177/0840470418798658>
- <sup>5</sup> Stuart. (2019). *Managing the stigma of opioid use*.
- <sup>6</sup> Stuart. (2019).
- <sup>7</sup> Knaak, S., Mercer, S., Christie, R. et Stuart, H. (2020). *La stigmatisation et la crise des opioïdes : Rapport final*. [https://commissionsantementale.ca/resource/la-stigmatisation-et-la-crise-des-opioides-rapport-final-2/?\\_ga=2.182165991.1167350744.1652815463-1124958193.1652815463](https://commissionsantementale.ca/resource/la-stigmatisation-et-la-crise-des-opioides-rapport-final-2/?_ga=2.182165991.1167350744.1652815463-1124958193.1652815463)
- <sup>8</sup> Knaak, et al. (2020). *La stigmatisation et la crise des opioïdes : Rapport final*.
- <sup>9</sup> Knaak, et al. (2020).
- <sup>10</sup> Adu, J., Oudshoorn, A., Anderson, K., Marshall, C. A. et Stuart, H. (2021). *Social contact: Next steps in an effective strategy to mitigate the stigma of mental illness*. *Issues in Mental Health Nursing*. Publication en ligne anticipée. <https://doi.org/10.1080/01612840.2021.1986757>
- <sup>11</sup> Corrigan, P.W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D. et Rüsçh, N. (2012). *Challenging the public stigma of mental illness: A meta-analysis of outcome studies*. *Psychiatric Services*, vol. 63, n° 10, p. 963-973. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100529>
- <sup>12</sup> Knaak, S., Mantler, E. et Szeto, A. S. (2017). *Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions*. *Healthcare Management Forum*, vol. 30, n° 2, p. 111-116. <https://doi.org/10.1177/0840470416679413>
- <sup>13</sup> Knaak, S., Modgill, G. et Patten, S. (2014). *Key ingredients of anti-stigma programs for health care providers: A data synthesis of evaluative studies*. *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 59, n° 10, suppl. 1, p. S19-S28. <https://doi.org/10.1177/070674371405901s06>
- <sup>14</sup> Knaak, et al. (2014). *Key ingredients of anti-stigma programs for health care providers: A data synthesis of evaluative studies*
- <sup>15</sup> Stuart, H., Chen, S.-P., Christie, R., Dobson, K., Kirsh, B., Knaak, S., Koller, M., Krupa, T., Lauria-Horner, B., Luong, D., Modgill, G., Patten, S. B., Pietrus, M., Szeto, A. et Whitely, R. (2014). *Opening Minds in Canada: Targeting change*. *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 59, n° 10, suppl. 1, p. 513-518. <https://doi.org/10.1177/070674371405901s05>

- <sup>16</sup> Beaulieu, T., Patten, S., Knaak, S., Weinerman, R., Campbell, H. et Lauria-Horner, B. (2017). *Impact of skill-based approaches in reducing stigma in primary care physicians: Results from a double-blind, parallel-cluster randomized controlled trial*. *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 62, n° 5, p. 327-335. <https://doi.org/10.1177/0706743716686919>
- <sup>17</sup> Knaak, S., Szeto, A., Kassam, A., Hamer, A., Modgill, G. et Patten, S. (2017). *Understanding Stigma: A pooled analysis of a national program aimed at healthcare providers to reduce stigma towards patients with a mental illness*. *Journal of Mental Health and Addiction Nursing*, vol. 1, n° 1, p. e19-e29. <https://doi.org/10.22374/jmhan.v1i1.19>
- <sup>18</sup> Knaak, S., Patten, S. et Stuart, H. (2022). *Measuring stigma towards people with opioid use problems: Exploratory and confirmatory factor analysis of the Opening Minds Provider Attitudes Towards Opioid-use Scale (OM-PATOS)*. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-022-00788-z>
- <sup>19</sup> Knaak, S. et Stuart, H. (2022). *Measuring opioid-related stigma*. K. S. Dobson et H. Stuart (eds.), *The Stigma of Mental Illness* (p. 71-80). Oxford University Press.
- <sup>20</sup> Coe, R. (12 au 14 septembre 2002). *It's the effect size, stupid: What effect size is and why it is important* [Présentation en format papier]. Conférence annuelle de la British Educational Research Association, Exeter, Angleterre. <https://tinyurl.com/pdy2k99a>
- <sup>21</sup> Knaak, S., Sandrelli, M. et Patten, S. (2021). *Comment le Modèle d'humanité commune peut améliorer le bien-être des fournisseurs et les soins aux clients : An evaluation of Fraser Health's Trauma and Resiliency Informed Practice (TRIP) training program*. *Healthcare Management Forum*, vol. 34, n° 2, p. 87-92. <https://doi.org/10.1177/0840470420970594>
- <sup>22</sup> Knaak, S., Beshara, J., Billett, M., Kharpal, K. et Patten, S. (sous presse). *Measuring impacts of curricular content and personal story on substance use stigma*. *Journal of Nursing Education*.
- <sup>23</sup> Kharpal, K., Knaak, S., Benes, K. et Bartram, M. (2021). *Réduire la stigmatisation liée aux opioïdes et à la consommation de substances en contexte de soins de santé et autres cadres de prestation directe de services : les résultats d'évaluation de quatre programmes*. Commission de la santé mentale du Canada. <https://tinyurl.com/mw5zfe3>

# Annexe

## Évaluation avant et après le cours

Nous souhaitons évaluer vos connaissances sur les différents sujets que nous aborderons pendant ce cours.

**Veillez noter que toutes les réponses sont confidentielles. Les réponses seront rendues anonymes et utilisées de manière agrégée (c'est-à-dire regroupées avec celles d'autres personnes) afin de favoriser le perfectionnement de cette formation.**

Sur une échelle de 1 à 5, la note 5 étant la plus élevée, veuillez évaluer les questions suivantes et y répondre :

1 = Aucune connaissance/compétence/confiance  
5 = Grandes connaissances/très compétent/confiant

\* = Réponse obligatoire

**Reconnaître les méfaits liés à l'usage d'opioïdes au niveau individuel et systémique, et le trouble d'utilisation d'opioïdes.\***

	1	2	3	4	5
Évaluez vos connaissances des méfaits liés à l'usage d'opioïdes au niveau individuel et systémique, ainsi que du trouble d'utilisation d'opioïdes.					
Évaluez vos compétences à reconnaître les méfaits liés à l'usage d'opioïdes au niveau individuel et systémique, et le trouble d'utilisation d'opioïdes.					

**Expliquer la portée de la stigmatisation sur les personnes qui font usage d'opioïdes et leurs réseaux de soutien.\***

	1	2	3	4	5
Évaluez vos connaissances de la portée de la stigmatisation sur les personnes qui font usage d'opioïdes et sur leurs réseaux de soutien.					
Évaluez vos compétences à expliquer la portée de la stigmatisation sur les personnes qui font usage d'opioïdes et leurs réseaux de soutien.					

**Repérer les stratégies de réduction des préjudices liés à l'usage d'opioïdes.\***

	1	2	3	4	5
Évaluez vos connaissances des stratégies de réduction des préjudices liés à l'usage d'opioïdes.					
Évaluez vos compétences pour repérer les stratégies de réduction des préjudices liés à l'usage d'opioïdes.					

**Comparer et distinguer les programmes de traitement par agonistes opioïdes (TAO) pour traiter le trouble d'usage d'opioïdes.\***

	1	2	3	4	5
Évaluez vos connaissances des programmes de TAO disponibles au Canada.					
Évaluez vos compétences pour expliquer les différences entre les programmes de TAO disponibles au Canada.					

**Décrire une approche multidisciplinaire du traitement du trouble d'utilisation d'opioïdes.\***

	1	2	3	4	5
Évaluez vos connaissances des approches multidisciplinaires du traitement du trouble d'utilisation d'opioïdes.					
Évaluez vos compétences pour adopter une approche multidisciplinaire du traitement du trouble d'utilisation d'opioïdes.					

**Déterminer les stratégies permettant de favoriser le rétablissement des clients.\***

	1	2	3	4	5
Évaluez vos connaissances des stratégies axées sur le rétablissement des clients qui consomment des opioïdes.					
Évaluez vos compétences pour utiliser des stratégies axées sur le rétablissement des clients qui consomment des opioïdes.					

**Déterminer des stratégies pour réduire la stigmatisation entourant l'usage d'opioïdes et les troubles liés à l'usage d'opioïdes.\***

	1	2	3	4	5
Évaluez vos connaissances des stratégies pour réduire la stigmatisation entourant l'usage d'opioïdes et les troubles liés à l'usage d'opioïdes.					
Évaluez vos compétences pour mettre en place des stratégies de réduction de la stigmatisation entourant l'usage d'opioïdes et les troubles liés à l'usage d'opioïdes.					



### 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'énoncés 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 carfentanyl. 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.

	<b>Fortement en désaccord</b>	<b>En désaccord</b>	<b>Ni d'accord, ni en désaccord</b>	<b>D'accord</b>	<b>Tout à fait d'accord</b>
J'ai peu d'espoir que les personnes ayant des troubles de l'usage des opioïdes soient en mesure de se rétablir.					
J'ai peu d'espoir que les personnes ayant des troubles de l'usage d'opioïdes soient en mesure de se rétablir.					
Les personnes aux prises avec des problèmes d'usage d'opioïdes sont responsables de leurs problèmes.					
J'ai tendance à employer des termes négatifs ou désobligeants pour désigner les personnes aux prises avec des problèmes d'usage d'opioïdes.					
Les personnes aux prises avec des problèmes d'usage d'opioïdes coûtent trop cher au système.					
Je me considérerais comme faible si j'avais un problème d'usage d'opioïdes.					
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.					
Les personnes aux prises avec des problèmes d'usage d'opioïdes ne sont pas dignes de confiance.					
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.					
En situation d'aide, j'ai tendance à être plus impatient(e) avec les personnes					

	Fortement en désaccord	En désaccord	Ni d'accord, ni en désaccord	D'accord	Tout à fait d'accord
aux prises avec des problèmes d'usage d'opioïdes que les autres personnes.					
Les personnes aux prises avec des problèmes d'usage d'opioïdes ne pensent qu'à leur prochaine dose.					
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.					
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.					
J'ai tendance à juger négativement les personnes aux prises avec des problèmes d'usage d'opioïdes.					
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.					
J'ai tendance à traiter les personnes aux prises avec des problèmes d'usage d'opioïdes avec condescendance.					
La plupart des personnes aux prises avec des problèmes d'usage d'opioïdes commettent des crimes pour satisfaire leur dépendance.					
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.					
J'ai tendance à avoir une piètre opinion des personnes aux prises avec des problèmes d'usage d'opioïdes.					

## Évaluation du cours (post-test uniquement)

Veillez évaluer les différentes composantes de la formation en fonction du contenu du cours.

\* = Réponse obligatoire

**Contenu du cours –**

**Veillez indiquer dans quelle mesure vous êtes d'accord avec les affirmations suivantes :\***

	Fortement en désaccord	En désaccord	Ni d'accord, ni en désaccord	D'accord	Tout à fait d'accord
Les objectifs d'apprentissage pour ce cours étaient clairement définis.					
Le contenu du cours était clair et bien organisé.					
Le contenu du cours était pertinent pour mon travail.					
Le contenu du cours m'a permis d'approfondir mes connaissances des effets de la stigmatisation sur l'usage d'opioïdes et les troubles liés à l'usage d'opioïdes.					
Le contenu du cours a renforcé mes compétences pour mettre en place des stratégies de réduction de la stigmatisation entourant l'usage d'opioïdes et les troubles liés à l'usage d'opioïdes.					
Le contenu du cours a renforcé mes connaissances des stratégies axées sur le rétablissement des clients qui consomment des opioïdes.					
Le contenu du cours a renforcé mes compétences pour utiliser des stratégies axées sur le rétablissement des clients qui consomment des opioïdes.					
Les objectifs d'apprentissage du cours ont été atteints.					
Je compte apporter des changements au sein de ma pratique à la lumière de ce que j'ai appris dans ce cours.					
Je recommanderais ce cours à d'autres.					
Dans l'ensemble, je suis satisfait(e) de ce cours.					

**Composantes du cours –**

**Veillez indiquer dans quelle mesure vous avez trouvé les activités suivantes utiles à votre apprentissage :\***

	Pas du tout	Légèrement	Moyennement	Beaucoup	Extrêmement
Contenu du cours en ligne					
Composantes interactives d'apprentissage virtuel (p. ex. les contrôles des connaissances, les forums de discussion)					
Études de cas (p. ex. des vidéos d'histoires personnelles)					
Ressources pour les clients et les apprenants					

**Que ferez-vous différemment dans votre pratique à la suite de ce cours?\*** (Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent)

- J'appliquerai les compétences acquises pour repérer les méfaits liés à l'usage d'opioïdes au niveau individuel et systémique, et le trouble d'utilisation d'opioïdes.
- J'utiliserai des stratégies de réduction des méfaits lorsque je travaillerai auprès de clients qui consomment des opioïdes.
- J'évaluerai la pertinence des divers programmes de TAO en fonction des besoins et objectifs individuels des clients.
- J'adopterai une approche multidisciplinaire pour traiter les clients aux prises avec un trouble d'usage des opioïdes.
- J'utiliserai des stratégies axées sur le rétablissement lorsque je travaillerai auprès de clients qui consomment des opioïdes.
- Je mettrai en place des stratégies de réduction de la stigmatisation entourant l'usage d'opioïdes et les troubles liés à l'usage d'opioïdes.
- Autre (veuillez préciser) :

**Quels aspects du cours ont bien fonctionné?**

**Avez-vous des suggestions pour améliorer le cours?**

**Autres commentaires?**



Commission de la santé mentale  
du Canada

Mental Health  
Commission  
of Canada

**Commission de la santé mentale du Canada**

350, rue Albert, bureau 1210


Ottawa (Ontario) K1R 1A4

Tél. : 613.683.3755

Télééc. : 613.798.2989

 @CSMC\_MHCC  /theMHCC

 /1MHCC  @theMHCC

 /Commission de la santé mentale du Canada

 /theMHCC