



Commission de
la santé mentale
du Canada

Mental Health
Commission
of Canada

Étude de cas sur la mesure de
la stigmatisation structurelle

Service de consultation et de liaison

Pleins feux sur les premiers adeptes

Mise à l'essai d'échelles de mesure de
la stigmatisation structurelle entourant la
santé mentale et l'usage de substances (SMUS)
dans les établissements de soins de santé





Étude de cas : Service de consultation et de liaison en psychiatrie

Contexte

En 2019, la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) a lancé un programme pluriannuel visant à mieux comprendre le problème que représente la stigmatisation structurelle entourant les problèmes de santé mentale et d'usage de substances dans les établissements de soins de santé. Son objectif consistait à repérer les lacunes et à réduire la stigmatisation au niveau des politiques, de la pratique et du système, ainsi qu'au cœur même de la culture organisationnelle des soins de santé.

Depuis, la CSMC a mis au point deux échelles de mesure visant à aider les organisations de soins de santé à cerner les domaines d'amélioration, à suivre les progrès réalisés et à démontrer leur engagement envers un système de santé exempt de stigmatisation.

Dans le cadre de cette démarche, des essais sur le terrain ont permis de confirmer la fiabilité des échelles. La CSMC a travaillé avec des organisations de soins de santé qui menaient des programmes d'amélioration de la qualité axés sur la réduction de la stigmatisation. Les échelles s'inscrivaient dans le cadre de projets de recherche propres à chacun des sites.

L'étude de cas suivante décrit la démarche, les résultats et les leçons tirées pour mettre en œuvre des échelles de mesure.

Les échelles de mesure

L'Échelle des cultures de stigmatisation dans le système de soins de santé (CSSSS) et l'Échelle de stigmatisation structurelle dans les soins de santé mentale (SSSSM) ont fait l'objet de tests psychométriques et sont désormais accessibles au public, après des mises à l'essai pour démontrer leur efficacité en situation réelle dans des milieux de soins de santé.

Ces échelles de mesure ont été conçues pour déterminer le degré et la prévalence de la stigmatisation subit par les personnes ayant des maladies ou des problèmes liés à la santé mentale ou à l'usage de substances (SMUS). Elles constituent des outils utiles pour lutter contre la stigmatisation structurelle dans les environnements de soins de santé.

Pourquoi mesurer la stigmatisation structurelle?

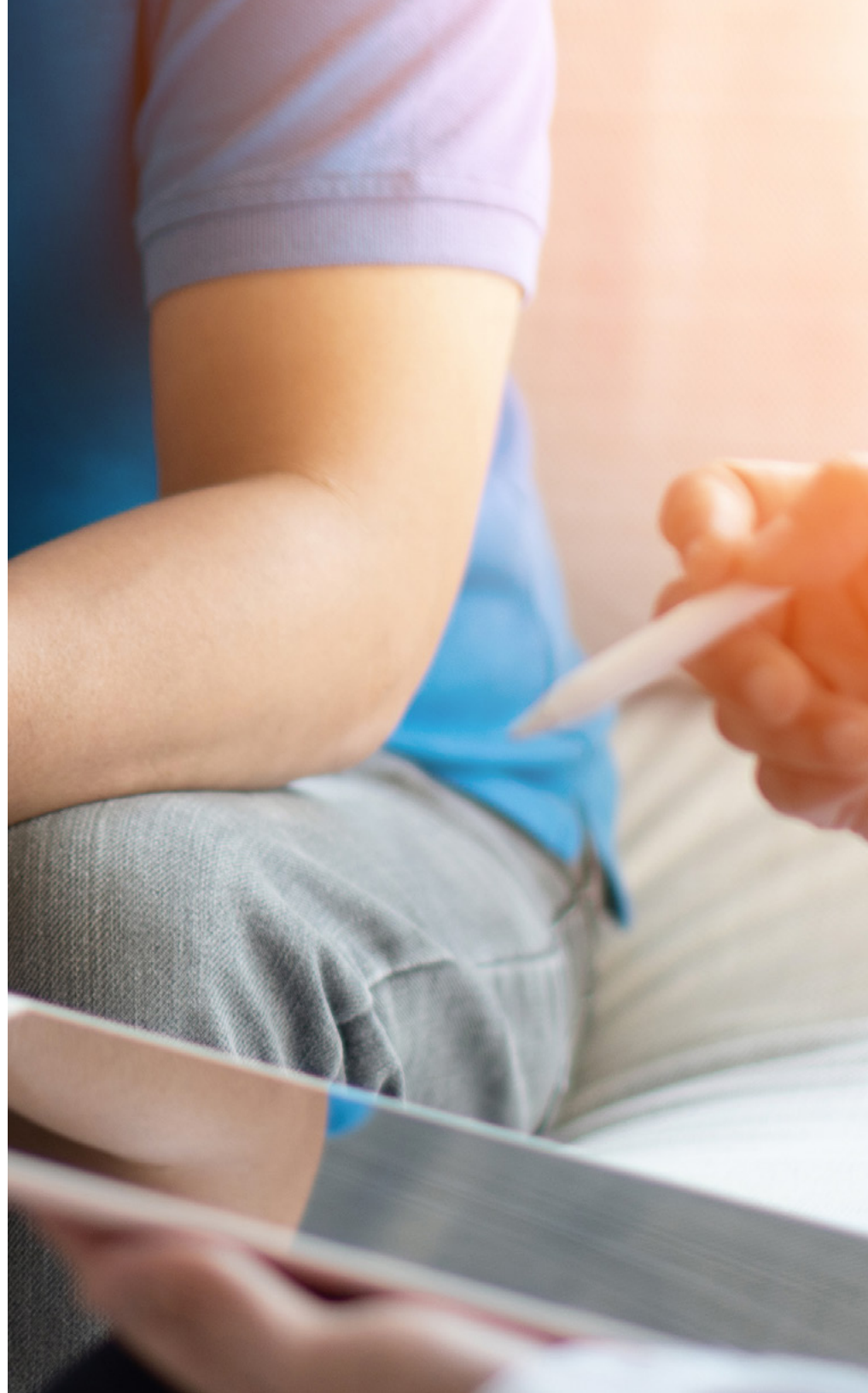
La lutte contre la stigmatisation est une priorité pour de nombreuses organisations du secteur de la santé. Pour s'attaquer à la stigmatisation structurelle dans les établissements de santé, il faut d'abord évaluer son étendue et sa gravité.

Les échelles de mesure aideront les organisations à vérifier l'existence de cultures de la stigmatisation en prenant conscience du parcours des patients ayant des maladies et des problèmes liés à la SMUS dans les établissements de santé.

Les organisations de soins de santé peuvent se servir de ces échelles pour repérer les lacunes dans leurs processus, leurs pratiques et leurs politiques et évaluer leurs progrès ainsi que l'efficacité des interventions destinées à réduire la stigmatisation structurelle entourant la SMUS dans les milieux de soins.

Les établissements de santé sont invités à utiliser ces échelles de mesure dans le cadre de leurs plans d'amélioration de la qualité ou de leurs initiatives de réduction de la stigmatisation.

[Vous voulez en savoir plus sur les échelles de mesure?](#)





L'étude d'exploration de l'influence des antécédents psychiatriques

Contexte

Cette étude a été menée sur une période de six mois dans un contexte hospitalier. Afin d'assurer la confidentialité et le respect de toutes les parties prenantes, le nom de l'établissement ne sera pas divulgué. Tous les constats et toutes les analyses émanant de cette recherche visent à réduire la stigmatisation structurelle dans les soins de santé.

L'étude d'exploration de l'influence des antécédents psychiatriques a été réalisée au sein du Service de consultation et de liaison (C/L) en psychiatrie d'un hôpital universitaire de soins actifs. Ce Service offre partout dans l'établissement des soins psychiatriques spécialisés à des patients atteints de pathologies médicales. Ce site a été sélectionné parce qu'il rejoint une population qui se prête parfaitement à l'examen des répercussions de la stigmatisation structurelle sur l'état psychologique et physique des patients.

L'étude a utilisé tous les éléments de l'Échelle CSSSS¹, huit éléments de l'Échelle SSSSM ainsi que l'Échelle de stigmatisation intériorisée entourant la maladie mentale² (ISMI-12). Elle visait à déterminer l'incidence de certaines variables prédictives (p. ex., les caractéristiques démographiques, les antécédents psychiatriques, le motif de la consultation) sur les pointages obtenus sur différentes échelles. L'étude posait l'hypothèse que les pointages de la stigmatisation structurelle et intériorisée seraient plus élevés chez les participants qui étaient déjà aux prises avec des maladies et des problèmes liés à la santé mentale.

Un des objectifs secondaires du projet était de tester les éléments des échelles CSSSS et SSSSM dans un contexte de soins de santé en situation réelle, dans le cadre d'une étude pilote de la CSMC, afin de déterminer la fiabilité de ces instruments.

Recrutement et participants

La coordination de l'étude était intégrée au Service de C/L en psychiatrie. Le coordonnateur et l'équipe de fournisseurs ont examiné les listes de consultations hebdomadaires pour y repérer les participants admissibles par l'intermédiaire du dossier de santé électronique (DSE) de l'hôpital. Il a ensuite contacté les participants admissibles et obtenu leur consentement éclairé. Pour être admissible à participer, les patients devaient être âgés de 18 à 80 ans, avoir bénéficié d'une consultation au Service de C/L en psychiatrie et n'avoir rapporté aucun incident de confusion, de délire ou d'encéphalopathie.

L'étude a employé une conception d'enquête exploratoire et longitudinale comportant des sondages à deux moments et une analyse rétrospective des données du DSE. Les sondages ont en premier lieu été réalisés au moment où le coordonnateur de l'étude a contacté les patients dans l'environnement médical de l'hôpital. Les sondages ont été menés une deuxième fois uniquement auprès des personnes qui ont été transférées à l'unité de psychiatrie pour patients hospitalisés, et ce, 72 heures après le transfert. Des examens rétrospectifs des dossiers ont été effectués pour tous les participants au moment de leur congé. Lors de ces examens, des données ont été collectées sur les antécédents psychiatriques, le motif de consultation, le pointage sur l'échelle d'évaluation de la gravité du risque suicidaire de Columbia (C-SSRS), le pointage sur la liste de contrôle de la violence de Brøset (BVC), la durée du séjour et les ordonnances de contention et d'isolement.

En plus des éléments tirés des trois sous-échelles, des données démographiques ont aussi été recueillies à partir du DSE. Ces renseignements portaient sur l'identité de genre, le sexe assigné à la naissance, l'orientation sexuelle, la race, l'origine ethnique et la ou les langues parlées.

L'étude s'est échelonnée sur six mois. En raison de plusieurs limitations, l'échantillon est de petite taille.



Résultats

De multiples analyses ont été effectuées pour répondre aux exigences de la CSMC visant à démontrer la validité des échelles. Bien que l'étude ait manqué de puissance statistique à plusieurs égards, des résultats significatifs ont été obtenus et il a été possible de tester l'efficacité des échelles CSSSS et SSSSM pour mesurer la stigmatisation structurelle présente à l'hôpital. L'alpha de Cronbach, la mesure objective de fiabilité la plus largement utilisée³, est un coefficient de fiabilité et une mesure de cohérence interne. On l'emploie principalement lorsque plusieurs questions de type Likert dans un questionnaire ou un sondage forment une échelle et que l'on cherche à établir la fiabilité de cette échelle. Le tableau suivant fournit plus d'information sur les valeurs de l'alpha de Cronbach et sur l'intervalle de fiabilité.

Tableau 1 Intervalle de fiabilité et son coefficient alpha de Cronbach

Coefficient alpha de Cronbach	Niveau de fiabilité
Plus de 0,90	Excellente
0,80 à 0,89	Bonne
0,70 à 0,79	Acceptable
0,6 à 0,69	Questionnable
0,5 à 0,59	Faible
Moins de 0,59	Inacceptable

Adapté de l'ouvrage : Arof, K. Z. M., S. Ismail et A. L. Saleh. « Contractor's performance appraisal system in the Malaysian construction industry: Current practice, perception and understanding », *International Journal of Engineering & Technology*.

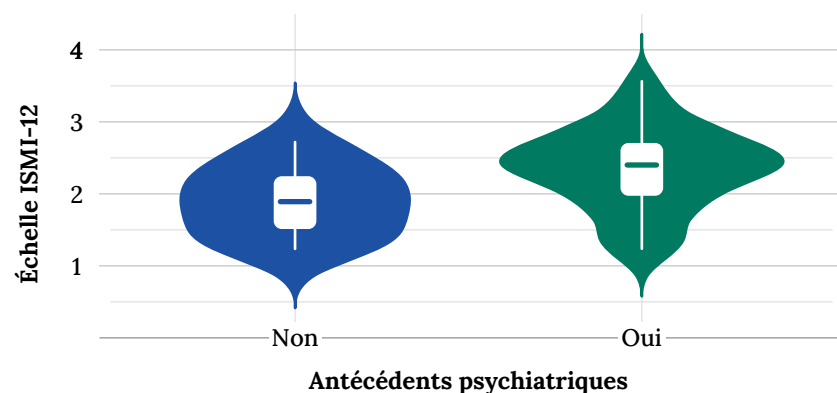
Tableau 2 Alpha de Cronbach

Déploiement à l'échelle nationale	Nord	Éléments	Moy.	Écart-type	α de Cronbach
1. Échelle CSSSS	80	23	2,06	0,63	0,91
2. SSSSM (fait en partie)	80	8	5,54	0,89	0,78
3. Total cumulé	80	31	2,33	0,43	0,82

Les résultats de l'étude ont démontré une **excellente fiabilité** pour l'Échelle des cultures de stigmatisation dans le système de soins de santé (CSSSS) et une **fiabilité acceptable** pour l'Échelle de stigmatisation structurelle dans les soins de santé mentale (SSSSM)*

On a aussi constaté que les personnes ayant des antécédents de maladies psychiatriques présentaient des niveaux plus élevés de stigmatisation intériorisée (comme démontré par les pointages sur l'Échelle ISMI-12; consulter la Figure 1).

Figure 1 Distribution des pointages ISMI-12 chez les participants ayant des antécédents psychiatriques



Distribution des pointages ISMI-12 chez les participants ayant des antécédents psychiatriques [« oui »] par rapport à ceux n'ayant pas d'antécédents psychiatriques [« non »].

* Seulement 8 des 20 éléments de l'Échelle SSSSM ont été utilisés dans cette étude; de ce fait, les résultats ne constituent pas une démonstration exhaustive de la fiabilité de l'Échelle.

Leçons tirées

La mobilisation précoce de la direction de l'hôpital et de l'équipe du Service de consultation et de liaison (C/L) en psychiatrie a assuré une véritable adhésion et favorisé la collaboration entre les services.

L'intégration d'un coordonnateur d'étude :

- La présence d'une personne dédiée à la coordination de l'étude au sein de l'équipe de C/L s'est révélée indispensable pour le déroulement harmonieux du recrutement et de la collecte de données. Cette personne était responsable d'examiner les listes de patients, de clarifier certains points avec les soignants (par exemple, les abréviations médicales et le langage clinique) et de contacter directement les participants admissibles.
- Les fournisseurs de soins s'occupaient souvent de présenter les patients, ce qui les rendait plus à l'aise et aidait à créer un climat de confiance.

L'aide au recrutement bilingue :

- Le recrutement a été renforcé grâce à l'utilisation de matériel bilingue et à des traducteurs (anglais-espagnol), ce qui a favorisé la participation de personnes hispanophones.

Le recrutement dans les unités de psychiatrie pour patients hospitalisés a été plus difficile, avec seulement environ 12 participants sur les 80 ayant été transférés dans ces unités pendant la période d'étude.

- De nombreux patients hospitalisés en psychiatrie ont été admis directement depuis l'urgence psychiatrique de l'hôpital, qui n'était pas incluse dans l'étude. Les études futures devraient tenir compte de telles unités afin de mieux saisir cette population et d'augmenter la taille des échantillons.

De nombreux tests statistiques manquaient de puissance en raison de la taille relativement petite de l'échantillon ($n = 80$).

- L'élargissement des canaux de recrutement (p. ex., en incluant d'autres unités de psychiatrie et des unités d'urgence psychiatrique), l'offre de mesures incitatives et le recours aux plateformes ou aux méthodes de suivi numériques pourraient améliorer les taux de participation.

Les calculs initiaux de fiabilité et de validité pour l'Échelle CSSSS étaient encourageants.

- Cependant, l'Échelle présentait un potentiel d'amélioration, particulièrement dans le raffinement des éléments plus faibles (p. ex., les éléments avec de faibles corrélations élément-total) et dans l'amélioration de sa capacité à saisir la variance des résultats. Les itérations futures devraient viser à assurer la clarté dans la formulation des éléments et l'optimisation de la structure factorielle.

L'utilisation de l'Échelle ISMI-12 et de l'Échelle CSSSS a permis de recueillir des renseignements précieux.

- L'utilisation de l'Échelle CSSSS en parallèle avec l'Échelle ISMI-12 a démontré une validité convergente, ce qui laisse croire que ces instruments peuvent s'utiliser conjointement pour mesurer efficacement la stigmatisation structurelle et l'auto-stigmatisation.

La sensibilité culturelle a renforcé la confiance et la participation.

- Des stratégies de recrutement personnalisées, comprenant du matériel bilingue, un soutien pour la traduction et des approches tenant compte des traumatismes, ont amélioré l'inclusivité de l'étude et le confort des participants.

Conclusion

Malgré les limitations relatives à la diversité de l'échantillon et à la puissance statistique, cette étude a démontré le potentiel de l'Échelle CSSSS en tant qu'outil précieux pour mesurer la stigmatisation structurelle dans les milieux hospitaliers offrant des soins liés à la santé mentale et à l'usage de substances.

Les premières analyses de validité indiquent que l'Échelle CSSSS est un instrument de mesure prometteur, avec une forte concordance entre l'Échelle CSSSS et l'Échelle ISMI-12, ce qui soutient sa validité convergente et confirme son alignement avec les mesures établies de la stigmatisation intériorisée.

Bien que les résultats soulignent la nécessité d'un raffinement supplémentaire, les échelles CSSSS et ISMI-12 démontrent la capacité de l'outil à rendre compte de la stigmatisation structurelle entourant la SMUS dans les établissements de soins de santé.

Pour les études futures, il sera essentiel d'accroître la taille de l'échantillon et la diversité des participants afin de renforcer la puissance statistique de l'Échelle CSSSS et de mieux exploiter celle-ci, de manière à assurer son efficacité et son applicabilité dans divers milieux de soins de santé.

Références

- 1 Stuart, H. et S. Knaak. « Measuring aspects of stigma cultures in healthcare settings. » *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* (2024). <https://doi.org/10.1007/s00127-024-02780-5>
- 2 Boyd, J. E., E. P. Adler, P. G. Otilingam et T. Peters. « Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) scale: a multinational review », *Comprehensive psychiatry*, vol. 55, n° 1 (2014). p. 221-231. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.06.005>
- 3 Tavakol, M. et R. Dennick. « Making sense of Cronbach's alpha », *International Journal of Medical Education*, vol. 2 (2011), p. 53-55. <https://doi.org/10.5116/ijme.4dfb.8dfd>



Commission de
la santé mentale
du Canada

Mental Health
Commission
of Canada



Avec le financement de

Santé Health
Canada Canada

✉ @CSMC_MHCC f /theMHCC

▶ /1MHCC @theMHCC @theMHCC

in /Commission de la santé mentale du Canada

infocsmc@commissionsantementale.ca
www.commissionsantementale.ca