Commission de la santé mentale du Canada

Mental Health Commission of Canada

## Étude de cas sur la mesure de la stigmatisation structurelle

# L'étude EMBER

Juin 2025

### 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 : Services d'urgence

## 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?

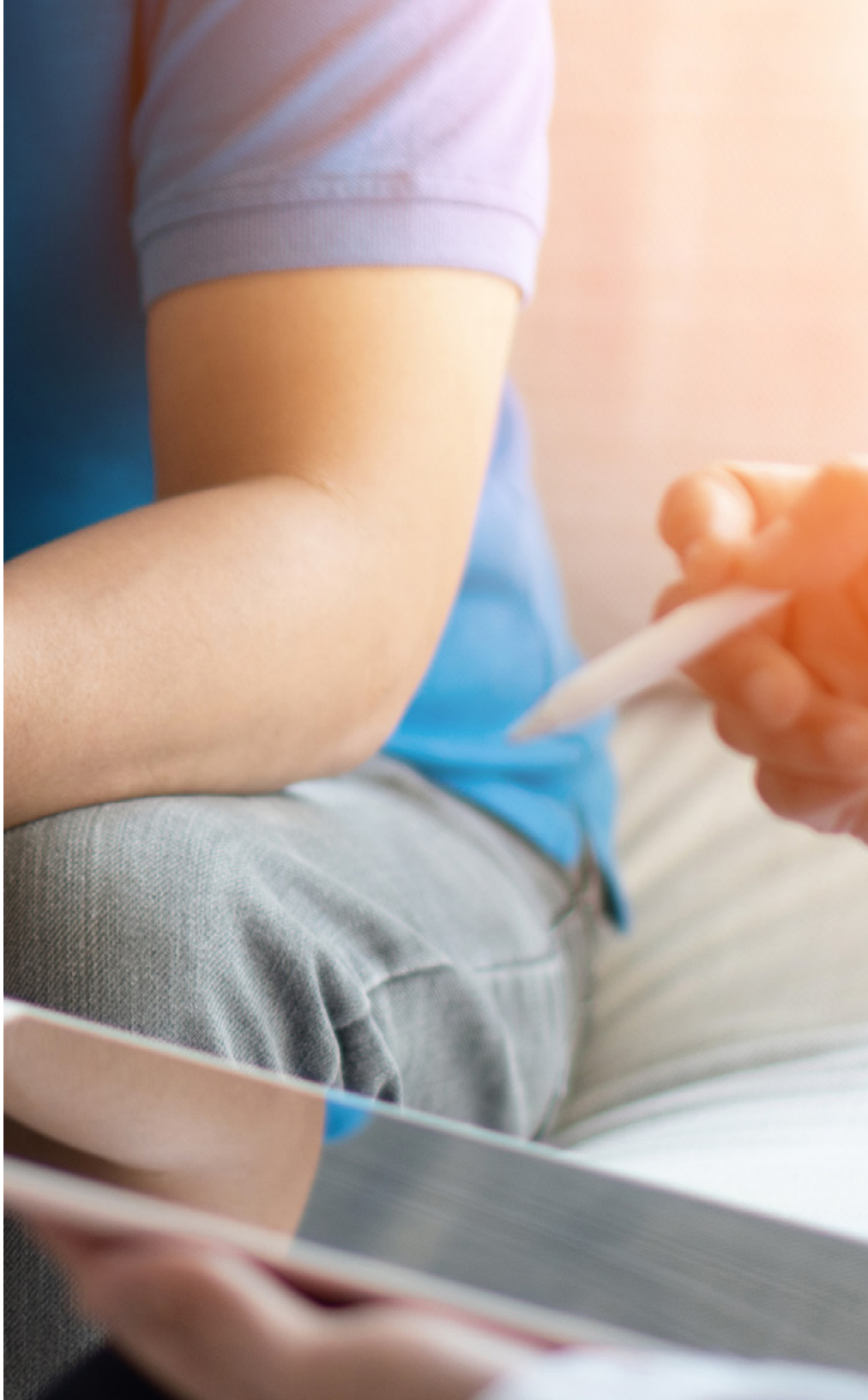
La lutte contre la stigmatisation est une priorité pour de nombreuses organisations du secteur de la santé. Pour s'attaquer à la stigmatisation structurelle dans les établissements de santé, il faut d'abord évaluer son étendue et sa gravité.

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 des obstacles à la santé mentale dans les salles d'urgence (EMBER)

## Contexte

*Cette étude a été menée sur deux ans 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 EMBER est un projet pluriannuel ayant pour but de mieux soutenir les patients et les familles qui se rendent aux urgences pour des problèmes de santé mentale. L'étude est dirigée par Dre Jacqueline Smith, de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Calgary.

En collaboration avec les Services de santé de l'Alberta et la Fondation Calgary Health, cette recherche se penche sur la stigmatisation vécue par les patients et le personnel et examine les politiques qui s'y rattachent. Une des particularités de l'étude est l'inclusion d'un patient partenaire à l'équipe de recherche.

L'étude EMBER insiste sur l'importance de comprendre la stigmatisation au niveau intrapersonnel, interpersonnel et institutionnel afin d'améliorer les politiques et les interactions entre patients et fournisseurs. Les chercheurs souhaitaient recueillir les commentaires des patients afin de se familiariser avec leur expérience lors de leurs séjours à l'urgence. Leur but était d'améliorer l'accès ainsi que les soins et les traitements fournis aux patients des urgences ayant des problèmes de santé mentale.

**Dre Jacqueline Smith**
Faculté des sciences infirmières,
Université de Calgary

Compte tenu des objectifs de cette étude, l'équipe EMBER s'est associée à la CSMC au début de 2023 pour mettre à l'essai les deux nouvelles échelles de mesure et ainsi évaluer la stigmatisation structurelle du point de vue des patients ayant visité les salles d'urgence du sud de l'Alberta. En testant les échelles de mesure, l'équipe de projet visait à atteindre les buts suivants :

1. réaliser une triangulation des résultats de son enquête qualitative initiale sur la stigmatisation structurelle dans les salles d'urgence; et
2. utiliser les échelles comme des indicateurs de qualité en vue d'évaluer les retombées des améliorations structurelles apportées dans les salles d'urgence sur les expériences des personnes ayant des problèmes de SMUS qui cherchent à obtenir des soins de santé aux urgences.

Le projet EMBER est financé par la Fondation Calgary Health, l'Université de Calgary et la Commission de la santé mentale du Canada.

Il est mené par une équipe multidisciplinaire solide, formée des docteurs Jacqueline Smith, Andrew Szeto, Stephanie Knaak, Eric Chan, Rachel Grimminck ainsi qu'Emily Hilton, Jennifer Smith, Sarah Horn et Wafa Mustapha.

## Recruitment and participants

Le processus de recrutement consistait à trouver des participants acceptant de répondre à un sondage sur leur expérience en tant que patient. Le questionnaire comportait les 23 éléments de l'Échelle CSSSS[1] et 8 des 20 éléments de l'Échelle SSSSM. Les participants étaient également invités à indiquer le motif de leur visite aux urgences, à savoir santé physique [SP], santé mentale [SM] ou les deux [SM/SP]. Les participants devaient être âgés d'au moins 18 ans et avoir utilisé les services d'urgence au cours de la dernière année. La maîtrise de l'anglais était également requise. Tous les participants ont donné leur consentement éclairé.

Les participants ont été recrutés directement dans les unités de santé mentale pour patients hospitalisés et ambulatoires. De plus, des cartes postales ont été distribuées dans les salles d'urgence et des affiches ont été posées dans les agences communautaires et les unités d'hospitalisation pour inviter les personnes ayant été admises à l'urgence sélectionnée au cours de la dernière année à balayer un code QR pour participer au sondage.

L'équipe EMBER a travaillé en étroite collaboration avec les patients, les bénévoles des urgences, le personnel psychiatrique et les associés de recherche, lesquels ont tous participé au recrutement de patients ayant utilisé les services d'urgence au cours de la dernière année. Des étudiants en soins infirmiers embauchés comme adjoints à la recherche ont aussi contribué au recrutement, à l'analyse des données et à la transposition des connaissances.

Les données ont été recueillies en deux phases : avant l'intervention et après l'intervention. La première phase s'est déroulée de mai 2023 à décembre 2023. La deuxième phase a commencé en mars 2024 et se poursuit, en date de janvier 2025. .

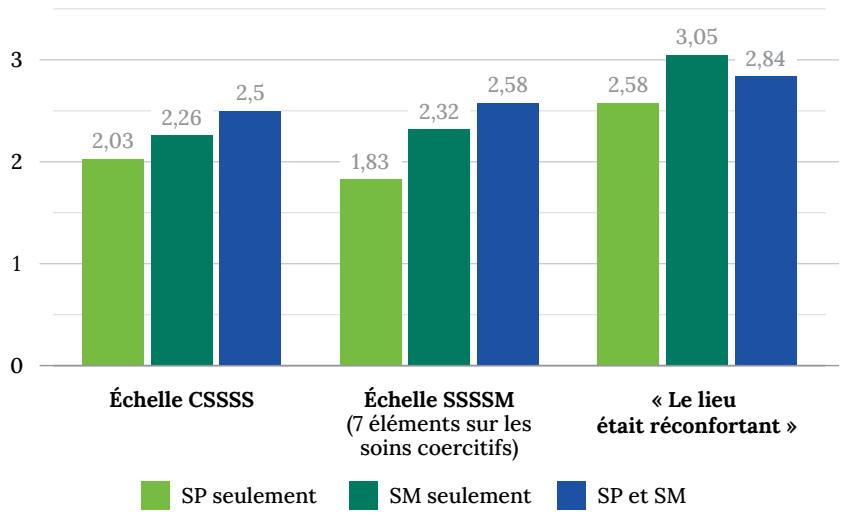
1 Stuart, H. et S. Knaak. « Measuring aspects of stigma cultures in healthcare settings », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* (2024). https://doi.org/10.1007/s00127-024-02780-5

# Constats à ce jour

## Résultats quantitatifs

*Données recueillies de mai 2023 à décembre 2024.*

**Tableau 1** **Pointages moyens des expériences de stigmatisation parmi trois groupes de patients**




- L'analyse de variance à un facteur a révélé une différence significative entre les motifs de la consultation ($p < 0{,}001$).
- Pour les échelles CSSSS et SSSSM, le degré le plus élevé de stigmatisation structurelle a été vécu par des personnes consultant les urgences à la fois pour des raisons de santé physique et de santé mentale.
- En ce qui concerne le lieu physique (« Le lieu était réconfortant »), les gens ayant des problèmes de santé mentale ont vécu le degré le plus élevé de stigmatisation structurelle, probablement dû au séjour dans des pièces verrouillées et à une possible attente prolongée.

## Résultats qualitatifs

*Données récoltées entre mai 2023 et août 2024.*

Pour 8 des 31 éléments du sondage, les participants étaient invités à fournir des explications écrites pour les réponses qui étaient particulièrement négatives afin de fournir davantage de renseignements et de contexte au sujet de leur expérience. Ces données pourraient être utilisées pour éclairer les priorités et les orientations des interventions et des initiatives à venir afin de renforcer la lutte contre la stigmatisation structurelle dans les salles d'urgence.

Plusieurs thèmes sont ressortis :

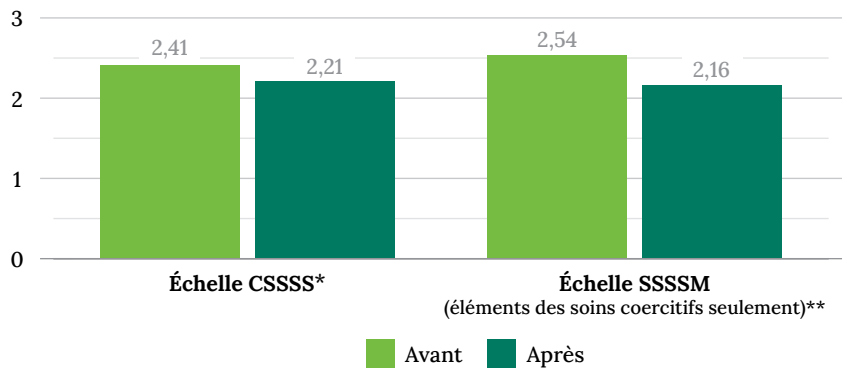
- **Variabilité de la qualité des soins.** « Ce qui est alarmant à mes yeux est la qualité extrêmement variable des soins de santé mentale. » – Patient en SM/SP
- **Séparation des soins de santé mentale et des soins de santé physique**. « Il y avait une rupture manifeste entre le traitement des patients souffrant d'un problème de santé physique et les soins prodigués aux patients en santé mentale. » – Patient en SM
- **Environnement physique anxiogène**. « J'ai senti que de me trouver aux urgences ne faisait qu'exacerber mes symptômes de psychose, et ce n'est qu'en sortant que j'ai pu commencer à me rétablir vraiment. » – Patient en SM
- **Négligence des droits des patients**. « C'est assez direct. On vous inscrit sur un formulaire et vos droits s'envolent. » – Patient en SM/SP
- **Exclusion des plans de traitement**. « J'étais catalogué Formulaire 1, mais personne ne m'a expliqué de quoi il s'agissait. » – Patient en SM
- **Restriction du soutien familial**. « On n'a pas respecté ma volonté d'avoir un membre de ma famille à mes côtés pour m'accompagner. » – Patient en SM/SP
- **Manque de ressources ou ressources communautaires insuffisantes**. « Je trouve toutefois que les options de soins de suivi étaient obsolètes et limitées, et malheureusement j'ai vécu quelques situations désagréables dans des programmes ambulatoires. » – Patient en SM/SP
- **Temps d'attente excessifs**. « Après ma tentative de suicide, j'ai passé environ 48 heures aux urgences avant de recevoir mon transfert vers l'unité de santé mentale. » – Patient en SM
- **Attitude du personnel**. « De toute ma vie, je n'ai jamais subi un traitement aussi dévalorisant. C'était horrible, déshumanisant et traumatisant à tous les égards. » – Patient en SM/SP
- **Rejet des problèmes de santé mentale et de la rétroaction du patient**. « J'ai déposé une plainte officielle au moyen de la ligne téléphonique de rétroaction des patients, et personne n'a fait de suivi avec moi. Rien n'a été fait. » – Patient en SM/SP

## Résultats après l'intervention

Les sondages ont été réalisés avant et après les changements structurels programmés dans les services d'urgence afin de déterminer si ces changements ont permis de réduire le degré de stigmatisation structurelle vécu par les patients.

L'un des changements structurels a eu lieu en mars 2024 : dans le modèle d'affectation aux urgences, ce sont des infirmiers psychiatriques qui assurent désormais la couverture 24 h sur 24, 7 jours sur 7 pour les patients psychiatriques, plutôt que du personnel infirmier général. Aussi, entre février et septembre 2024, des ateliers sur les pratiques tenant compte des traumatismes et fondées sur la résilience ont été donnés à tous les employés de première ligne de l'urgence.

**Tableau 2** **Degrés de stigmatisation structurelle vécus par les patients en SM et en SM/SP avant et après les changements apportés dans les salles d'urgence, mesurés au moyen des échelles CSSSS et SSSSM**




Les résultats des analyses de test T ont révélé une réduction statistiquement significative de la stigmatisation vécue par les patients en SM et en SM/SP après les interventions prévues.

**Remarque :** *p = 0,017 et ** p < 0,001

# Leçons tirées

### La mobilisation de tous les partenaires de recherche a joué un rôle de premier plan.

L'équipe EMBER a trouvé bénéfique de mobiliser des dirigeants, des gestionnaires, des coordonnateurs bénévoles et d'autres employés concernés avant le lancement de l'étude. Le fait de leur fournir de l'information au sujet de l'étude et de répondre à leurs questions a contribué à obtenir leur adhésion.

### L'élargissement de la portée de l'étude générerait des connaissances plus approfondies sur les patients.

Il est important d'étendre le champ de l'étude au-delà des salles d'urgence pour inclure les unités vers lesquelles les patients pourraient être transférés au sein de l'hôpital après leur passage aux urgences. La stratégie de recherche d'EMBER comprenait un engagement précoce des unités de santé mentale de l'hôpital participant à l'étude et d'autres hôpitaux, notamment le recrutement en personne et l'installation d'affiches dans leurs locaux. Cette participation peut mener à une meilleure compréhension du vécu des patients.

### Le recours à plusieurs méthodes de recrutement a porté ses fruits.

L'équipe EMBER a obtenu du succès grâce aux méthodes de recrutement suivantes :

- recrutement direct chez les médecins et le personnel infirmier
- recrutement dans des unités de patients hospitalisés par un adjoint à la recherche
- distribution de cartes de recrutement par des bénévoles des urgences
- installation d'affiches dans les hôpitaux et dans des agences communautaires un peu partout en ville
- programme de promotion des services d'urgence
- publicisation de l'étude sur le site Web consacré aux recherches de l'Université
- autres méthodes, par exemple la recommandation d'amis par courriel

Les participants ont aussi été invités à indiquer comment ils avaient entendu parler de l'étude afin de déterminer les stratégies et les méthodes de recrutement les plus efficaces.

# En conclusion

La stigmatisation structurelle est présente dans les salles d'urgence; ce sont les personnes qui les visitent pour des motifs de santé mentale et de santé physique qui ont vécu le degré le plus élevé de stigmatisation.

Les changements apportés dans l'environnement des urgences, notamment en ce qui concerne le modèle d'affectation et la formation du personnel, ont donné lieu à un recul de la stigmatisation entourant la maladie mentale pour les patients des services d'urgence.

Commission de la santé mentale du Canada
Mental Health Commission of Canada

*Avec le financement de*
Santé Canada
Health Canada

EMBER Exploring Mental health Barriers in Emergency Rooms

UNIVERSITY OF CALGARY
FACULTY OF NURSING

Calgary Health Foundation