



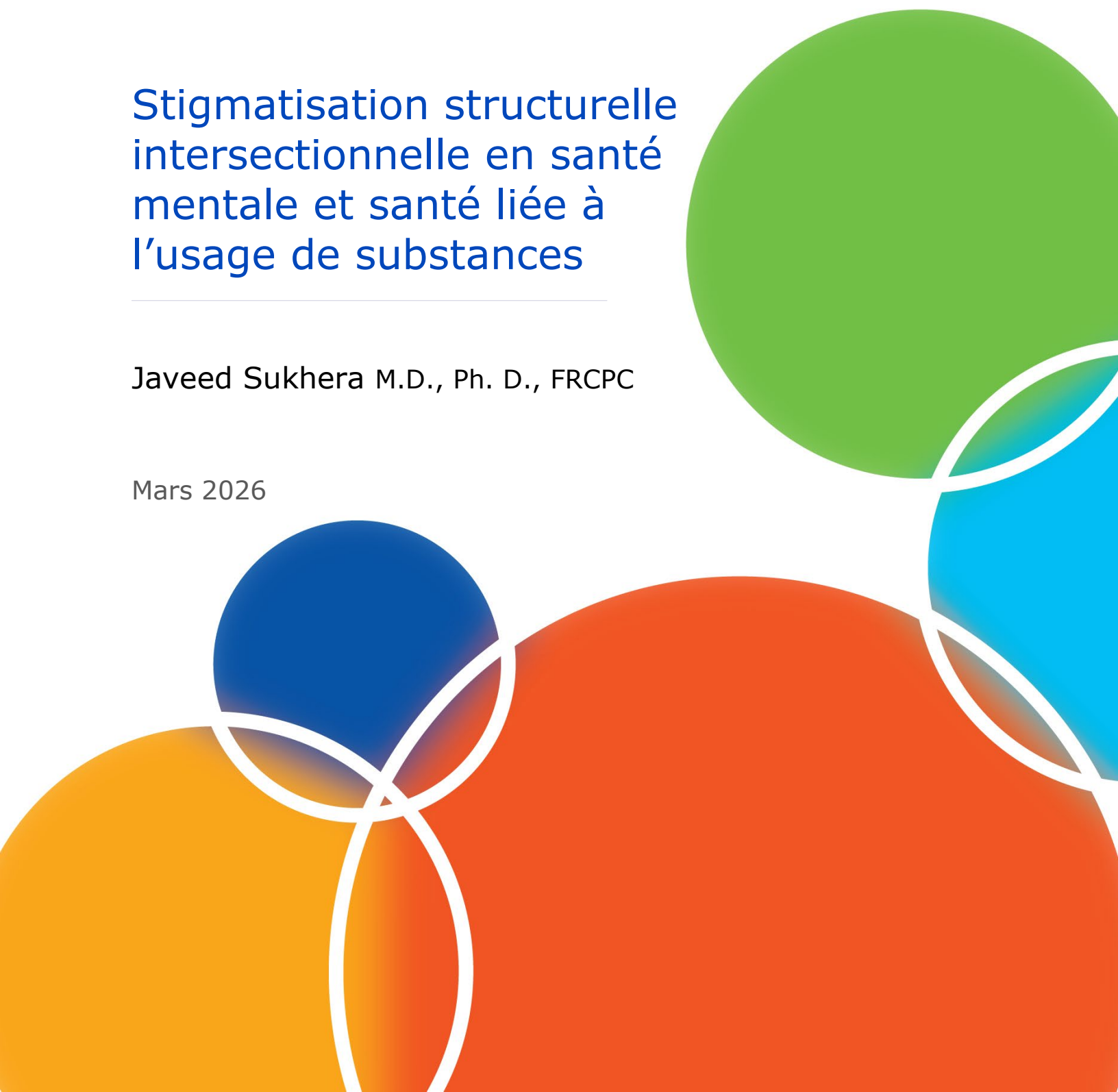
Commission de
la santé mentale
du Canada

Mental Health
Commission
of Canada

Stigmatisation structurelle intersectionnelle en santé mentale et santé liée à l'usage de substances

Javeed Sukhera M.D., Ph. D., FRCPC

Mars 2026



This document is also available in English.

Information concernant la citation

Citation suggérée : Commission de la santé mentale du Canada. (2026). *Stigmatisation structurelle intersectionnelle en santé mentale et santé liée à l'usage de substances*.

© Commission de la santé mentale du Canada, 2026

Les points de vue exprimés dans le présent document représentent uniquement ceux de la Commission de la santé mentale du Canada.

ISBN : 978-1-77318-363-3

Dépôt légal, Bibliothèque nationale du Canada



Health Canada Santé
Canada Canada

Les points de vue exprimés dans le présent document représentent uniquement ceux de la Commission de la santé mentale du Canada. La production de ce document a été rendue possible grâce à la contribution financière de Santé Canada.

Table des matières

Reconnaissance des territoires autochtones	4
À propos de la Commission	5
Stigmatisation structurelle et stigmatisation structurelle intersectionnelle	6
Qu'est-ce que la stigmatisation structurelle?	7
Qu'est-ce que la stigmatisation structurelle intersectionnelle?.....	9
Comment la stigmatisation structurelle intersectionnelle se manifeste dans les soins quotidiens.....	10
Cas n° 1. Des obstacles cumulés à l'accès aux soins	11
Cas n° 2. Produire des résultats négatifs en santé mentale	12
Cas n° 3. Renforcement mutuel entre les systèmes et les générations.....	13
Stratégies pour lutter contre la stigmatisation structurelle intersectionnelle	15
1. Politiques et stratégies à l'échelle du système	16
2. Stratégies organisationnelles dans les établissements de soins de santé	18
3. Stratégies communautaires.....	21
4. Stratégies de recherche	23
Considérations futures	25
Considérations et priorités pour les futurs travaux sur la stigmatisation structurelle intersectionnelle.....	26
Annexes	29
Remerciements.....	30
Références.....	31
Revue narrative critique – articles de recherche	32



Reconnaissance des territoires autochtones

Le siège social de la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) est situé sur le territoire traditionnel non cédé de la Nation algonquine anishinaabe, dans ce que nous appelons aujourd'hui Ottawa, en Ontario. En tant qu'organisme national, la Commission exerce ses activités sur les territoires traditionnels de nombreuses Nations. La Commission rend hommage à leur rôle de gardien ainsi qu'à leurs sacrifices, et s'engage à contribuer à bâtir une relation nouvelle et équitable avec les Premières Nations.

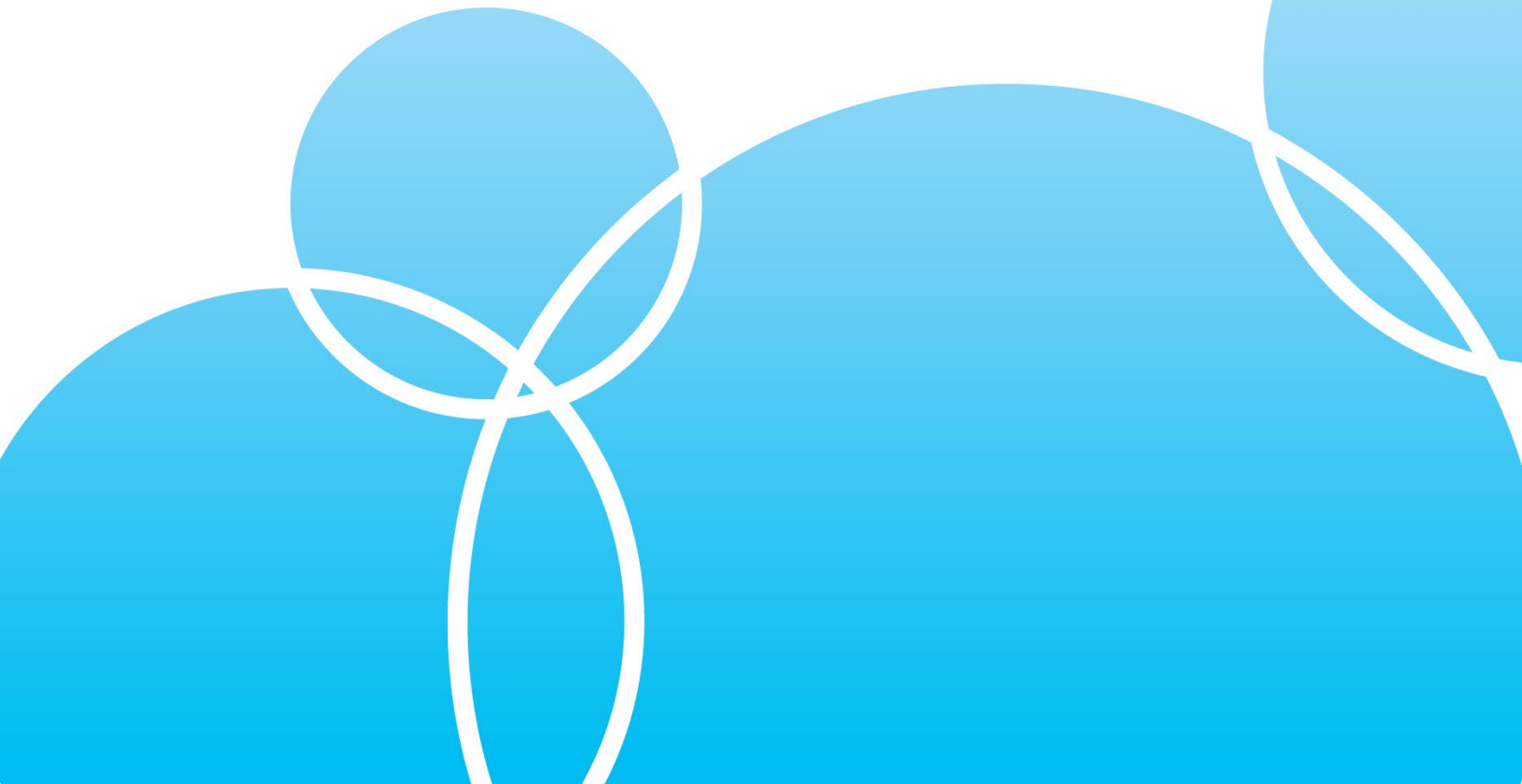


À propos de la Commission

La Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) est un organisme de bienfaisance sans but lucratif dédié à l'amélioration des données probantes, des solutions et des pratiques pour une meilleure cybersanté mentale. La Commission collabore avec des experts et des organisations de premier plan à l'échelle nationale et internationale, y compris des personnes ayant un savoir expérientiel passé ou présent ainsi que des leaders des Premières Nations, des Inuits et des Métis, afin d'élaborer des lignes directrices, des normes et des stratégies nationales fondées sur des données probantes; de promouvoir l'innovation et les pratiques exemplaires; de réduire la stigmatisation; d'offrir de la formation; et d'améliorer la littératie en santé mentale. Nous collaborons avec les décideurs et tous les ordres de gouvernement pour améliorer les résultats en matière de santé mentale pour toutes les personnes vivant au Canada.



Stigmatisation structurelle et stigmatisation structurelle intersectionnelle



Qu'est-ce que la stigmatisation structurelle?

La Commission de la santé mentale du Canada décrit **la stigmatisation structurelle** comme le résultat des lois, des politiques, des routines quotidiennes et des cultures organisationnelles qui créent un traitement injuste pour les personnes ayant un savoir expérientiel passé ou présent en matière de santé mentale et santé liée à l'usage de substances. Dans le domaine des soins de santé, cette inégalité se manifeste par un accès plus limité aux services et une qualité des soins inférieure pour les problèmes de santé mentale par rapport aux problèmes de santé physique.

Au cours des dernières années, la Commission a mené une initiative en plusieurs phases visant à lutter contre la stigmatisation structurelle, comprenant notamment :

- une [revue de la littérature](#) sur la stigmatisation structurelle dans le domaine de la santé
- un [cadre](#) d'évaluation de la stigmatisation structurelle, axé sur l'accès et la qualité
- une compilation de [récits d'expériences personnelles](#) et de vidéos éducatives
- une formation [en ligne](#) gratuite et accréditée sur la stigmatisation structurelle liée à la santé mentale dans les soins de santé
- un [guide de mise en œuvre](#) pour éliminer la stigmatisation structurelle dans les soins de santé
- deux [échelles de mesure](#) pour évaluer la portée et la gravité de la stigmatisation structurelle dans tout milieu de soins de santé, telle qu'expérimentée par les patients et les clients
- une initiative nationale d'ateliers de renforcement des capacités, intitulée *L'absence de stigmatisation et l'inclusion sont la clé de soins de santé de qualité* conçu pour favoriser une collaboration fructueuse avec les organismes de soins de santé désireux d'améliorer la qualité de leurs services

Ensemble, ces initiatives ont permis de faire progresser les efforts de démantèlement de la stigmatisation structurelle dans divers milieux de soins de santé, en déplaçant l'attention de la stigmatisation individuelle vers la responsabilité du système, l'amélioration de la qualité et le changement durable. Ce document conceptuel s'appuie sur ce travail novateur, qui examine, à l'aide d'une revue narrative critique, les interactions entre la stigmatisation structurelle liée à la santé mentale et à la santé liée à l'usage de substances, et d'autres formes de discrimination structurelle : la stigmatisation structurelle intersectionnelle.

L'initiative de la Commission sur la stigmatisation structurelle se concentre sur deux problèmes centraux dans le domaine des soins de santé : l'accès inéquitable et la qualité inférieure des soins pour les personnes présentant des troubles de santé mentale ou de santé liée à l'usage de substances. La stigmatisation structurelle intersectionnelle est directement liée à cette question pour les raisons suivantes :

Accès

Les personnes touchées par le racisme, les restrictions en matière d'immigration, la pauvreté ou d'autres formes de discrimination, notamment les préjugés à l'encontre des Premières Nations, des Inuits et des Métis, sont plus susceptibles de se retrouver confrontées à de longs délais d'attente, à des services fragmentés, à des critères d'admissibilité qui les excluent, ainsi qu'à des services qui ne leur procurent pas de sentiment de sécurité ou de respect. Les personnes en situation d'itinérance sont confrontées à ces mêmes obstacles, souvent de manière plus marquée, car l'instabilité du logement perturbe la continuité des soins et limite l'accès aux services qui requièrent une adresse fixe. De même, les personnes ayant une faible littératie en matière de santé ou qui ne maîtrisent pas suffisamment l'une des deux langues officielles du Canada pour accéder aux soins, comme certains membres des nombreuses communautés linguistiques minoritaires du pays, sont confrontées à des obstacles qui peuvent avoir une incidence sur leur état de santé. Toutes ces contraintes doivent faire l'objet d'une réflexion.^{1,2,3}

Qualité

Les personnes subissant plusieurs formes de discrimination sont plus susceptibles de recevoir un mauvais diagnostic, de faire l'objet d'une occultation diagnostique,ⁱ de subir des pratiques coercitives et d'être victimes d'interactions méprisantes.⁴

Par son travail dans plusieurs domaines, la Commission a déjà souligné que la stigmatisation structurelle fonctionne non pas comme un phénomène isolé, mais qu'elle s'inscrit dans une relation dynamique avec d'autres formes structurelles de discrimination. En mettant l'accent sur la stigmatisation structurelle intersectionnelle, on place ces interactions au cœur de notre manière de l'analyser, de la mesurer et de la combattre, plutôt que de les considérer comme des exceptions.

ⁱ L'occultation du diagnostic est l'attribution des symptômes d'une personne à un problème psychiatrique alors qu'ils peuvent en réalité témoigner d'un problème de santé physique coexistant.

Qu'est-ce que la stigmatisation structurelle intersectionnelle?

Différentes formes de discrimination interagissent de manière complexe. Les personnes ayant des préoccupations en matière de santé mentale et santé liée à l'usage de substances peuvent faire face à une discrimination qui se complique par d'autres formes de discrimination telles que le racisme, le capacitisme, le sexisme ou l'âgisme. Le concept de stigmatisation intersectionnelle nous rappelle que ces formes de discrimination ne se cumulent pas simplement. Elles interagissent et s'influencent mutuellement, donnant lieu à des expériences bien distinctes.

Par conséquent, la **stigmatisation structurelle intersectionnelle** désigne la manière dont la stigmatisation structurelle liée à la santé mentale et santé liée à l'usage de substances interagit avec d'autres formes structurelles de discrimination.

Les résultats engendrés sont les suivants :

- Difficultés supplémentaires pour accéder aux soins
- Préjudices plus graves et à plus long terme pour la santé et le bien-être
- Cycles mutuellement renforcés d'exclusion et de méfiance

Pour explorer le concept de stigmatisation structurelle intersectionnelle, nous avons réalisé une revue narrative critique de 28 études de recherche canadiennes et internationalesⁱⁱ et avons constaté que les formes de discrimination liées à la race et à l'ethnicité, au genre, à l'orientation sexuelle, à l'identité de genre, au statut socio-économique, au statut d'immigration, à l'âge et au handicap s'entrecroisent avec la stigmatisation liée à la santé mentale et santé liée à l'usage de substances ainsi qu'entre elles, de manière à aggraver et approfondir les inégalités et à détériorer les résultats en matière de santé.

ⁱⁱ Consultez les annexes pour obtenir la liste des articles de recherche inclus dans cette revue narrative critique.

Comment la stigmatisation structurelle intersectionnelle se manifeste dans les soins quotidiens

Plusieurs schémas récurrents ont émergé des résultats de la revue narrative critique :

Premièrement, la stigmatisation structurelle intersectionnelle aggrave les obstacles à l'accès aux soins en déterminant qui peut bénéficier de ces services, la manière dont ces personnes sont traitées, et si elles se sentent en sécurité et à l'aise. Ces préjugés engendrent des désavantages qui marginalisent des groupes entiers et aggravent les inégalités en matière de santé.⁴

Deuxièmement, la stigmatisation structurelle intersectionnelle produit des résultats négatifs sur la santé par le biais de plusieurs mécanismes différents. La stigmatisation peut par exemple augmenter le stress, ce qui peut à son tour nourrir l'anxiété et mener à un usage accru de substances. De même, la méfiance envers les systèmes de santé peut dissuader les personnes de demander de l'aide pour leurs problèmes de santé. Enfin, la discrimination structurelle, telle que le racisme, pourrait contribuer à des erreurs de diagnostic, entraînant des traitements inadaptés qui aggravent l'état de santé des patients.^{5,6}

Troisièmement, la stigmatisation structurelle intersectionnelle nourrit ses propres effets. Avec le temps, la discrimination a tendance à se perpétuer et à s'intensifier, renforçant les inégalités structurelles et entraînant des disparités de santé accrues. Ces obstacles peuvent toucher plusieurs générations et s'étendre à différents systèmes.^{7,8}

Quelques exemples hypothétiques sont illustrés ci-dessous.

Cas n° 1. Des obstacles cumulés à l'accès aux soins

Un homme noir de 24 ans se présente aux urgences après plusieurs nuits sans sommeil et une anxiété extrême. Il affirme entendre des voix. Il a été interpellé par la police un nombre incalculable de fois et consomme du cannabis de temps en temps pour tenir le coup, mais le personnel soignant ne prend pas suffisamment le temps de l'interroger de manière approfondie sur son traumatisme ou son usage de substances. Le personnel le qualifie rapidement d'« agité » et de « récalcitrant » et pose un diagnostic présumé de schizophrénie. Il est hospitalisé contre son gré, mis sous antipsychotiques, et on ne lui fournit que très peu d'explications sur ce qui lui arrive. On fait appel à la sécurité dès qu'il élève la voix ou pose trop de questions.

Lorsqu'il sort de l'hôpital, on l'oriente vers une clinique sans tenir compte du fait qu'il n'a pas accès à un logement stable ni à un moyen de transport fiable. La clinique communautaire la plus proche de chez lui a une liste d'attente de plusieurs mois et ne prend pas en charge les « consommateurs de substances » tant qu'ils ne sont pas sevrés. Se sentant stigmatisé en tant que membre de la diaspora africaine, caribéenne et noire (ACN), il est en proie à la détresse et se tourne vers le cannabis pour faire face. Il cesse alors de chercher de l'aide. Il se tourne vers ses amis et vers toutes les substances qu'il peut trouver, juste pour parvenir à dormir un peu. Son état s'aggrave au fil du temps.

Imaginez une issue différente...

Un professionnel de santé issu d'une organisation communautaire entre en contact avec lui en dehors des structures habituelles du secteur de la santé. Le professionnel de santé et cet homme nouent une relation de confiance et ce dernier est orienté vers un programme de prise en charge précoce de la psychose conçu en collaboration avec des jeunes. Dans le cadre de ce programme, il reconnaît le fardeau invisible qu'il porte depuis longtemps et, grâce à une prise de décision concertée, il commence à explorer des options qui mettent l'accent sur ses points forts et favorisent son rétablissement.

Cas n° 2. Produire des résultats négatifs en santé mentale

Un homme transgenre issu des Premières Nations, âgé d'une vingtaine d'années, se présente au service des urgences après avoir été agressé par une connaissance lors d'une fête où circulaient de l'alcool et des pilules. Au triage, le personnel se trompe à plusieurs reprises sur son genre. Ils demandent pourquoi il « buvait autant s'il a des problèmes de santé mentale » et suggèrent que sa consommation d'alcool et de drogues rend son histoire moins crédible. Lorsqu'il confie qu'il a depuis longtemps des antécédents d'automutilation et qu'il consomme du cannabis et des opioïdes pour faire face à ses difficultés, le psychiatre consultant note la présence de « traits de personnalité limite » et d'un « usage de substances ». Il quitte les lieux muni d'une liste de références génériques et d'un dossier de sortie sur lequel figurent toujours un nom et des pronoms erronés.

Dans les milieux 2SLGBTQI+, il est confronté à un racisme subtil et à l'idée reçue selon laquelle les victimes sont des femmes cisgenres. Dans les milieux autochtones et autres communautés racialisées, il entend des propos transphobes et des messages du type « les vrais hommes ne se font pas agresser » ou encore que l'usage de substances serait un échec moral. Petit à petit, ces idées s'ancrent en lui. Il commence à croire que l'agression était de sa faute, se sent indigne et éprouve de la honte. Il consomme alors davantage d'alcool et d'opioïdes pour engourdir sa douleur. Ses symptômes s'aggravent, ses pensées suicidaires se renforcent et il se détourne à la fois des services de santé et des soutiens communautaires.

Imaginez une issue différente...

Un intervenant des Premières Nations spécialisé dans la réduction des risques le repère grâce à un centre d'amitié communautaire. Il le met en relation avec une équipe de soins intégrés composée d'un Aîné, de conseillers bienveillants et de pairs expérimentés. Il se sent pris en compte et reconnu.

Cas n° 3. Renforcement mutuel entre les systèmes et les générations

Une adolescente multiraciale et cisgenre de 16 ans, récemment immigrée au Canada en provenance d'Amérique centrale, vit avec ses parents et ses frères et sœurs plus jeunes dans un appartement où ils vivent tous entassés. La famille n'est pas en situation régulière et survit grâce à des emplois précaires. À l'école, ses camarades de classe se moquent de son accent et de son apparence. Les enseignants constatent son repli sur elle-même et la baisse de ses notes, et en concluent qu'elle ne fait pas d'efforts. Lorsque l'intervenant social scolaire suggère une référence en santé mentale, les parents refusent. Ils craignent que tout dossier de dépression, de crises de panique ou d'usage de substances puisse nuire à leur dossier d'immigration ou attirer l'attention des services de protection de l'enfance.

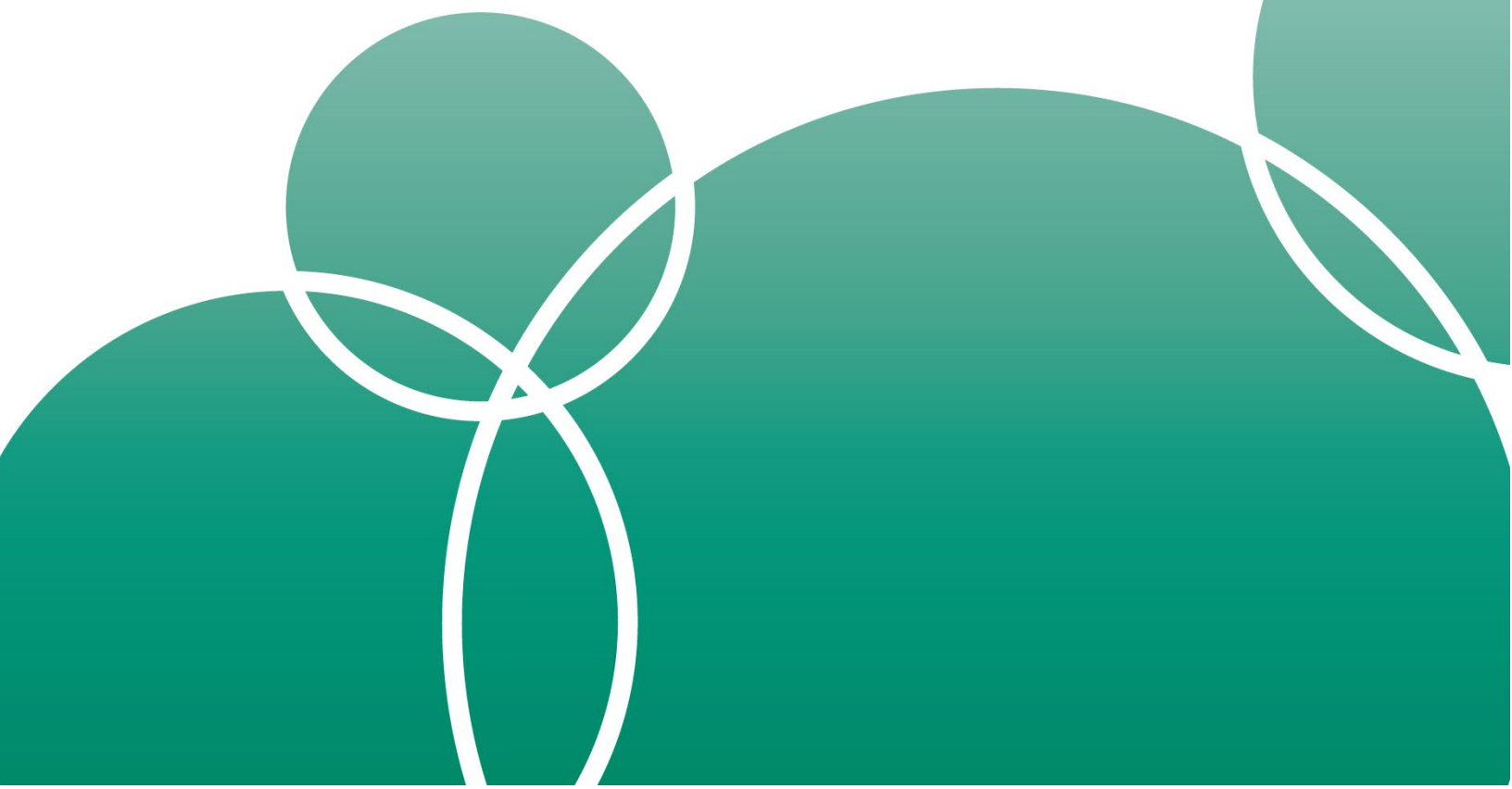
À la maison, l'adolescente se souvient d'un oncle qui avait parlé ouvertement de ses problèmes d'alcoolisme et avait été accueilli par la honte et un certain rejet. Elle voit son père boire beaucoup pour faire face au stress et aux humiliations qu'il subit au travail, mais la famille insiste sur le fait que c'est normal et que « ce n'est pas comme ceux qui sont dépendants ». Elle commence alors à consommer du cannabis, puis de l'alcool, de plus en plus souvent pour faire face au racisme à l'école, aux conflits familiaux et à l'inquiétude constante concernant l'argent et le statut. Elle cache cela à tout le monde.

Que ce soit dans les systèmes de santé, d'éducation ou d'immigration, le message est toujours le même : avoir des problèmes de santé mentale ou de santé liée à l'usage de substances signifie que l'on n'est pas digne de recevoir des soins. La détresse de l'adolescente et son usage de substances s'aggravent dans le plus grand silence. Ses jeunes frères et sœurs l'observent et en déduisent qu'il est dangereux de demander de l'aide. La stigmatisation structurelle liée à l'origine ethnique, au statut d'immigrant et à l'usage de substances est renforcée à l'école et dans les centres de soins, créant ainsi des réflexes de crainte et de méfiance qui se transmettent de génération en génération.

Imaginez une issue différente...

Un conseiller scolaire de confiance et un travailleur communautaire en santé aident l'adolescente et sa famille à comprendre que demander de l'aide est confidentiel et ne nuira pas automatiquement à leur dossier d'immigration. Grâce à un counseling en sécurité culturelle, à un soutien scolaire et à une intervention sans jugement sur l'usage de substances, la capacité d'adaptation de l'adolescente s'améliore, ses notes commencent à remonter et sa famille considère désormais la recherche d'aide comme une source de force plutôt que de honte.

Stratégies pour lutter contre la stigmatisation structurelle intersectionnelle



L'analyse menée par la Commission sur la stigmatisation structurelle intersectionnelle, ainsi que sur les ressources existantes en la matière, a permis de formuler les recommandations suivantes, à plusieurs niveaux.

1. Politiques et stratégies à l'échelle du système

1,1

Examiner les lois et les politiques susceptibles de contribuer à la stigmatisation structurelle intersectionnelle et à des résultats inéquitables.

- Analyser les interactions entre les lois et les politiques qui déterminent les conséquences pour les personnes et les communautés touchées par la stigmatisation structurelle liée à la santé mentale et à la santé liée à l'usage de substances, en accordant une attention particulière à la manière dont les multiples dimensions de la stigmatisation et des situations défavorisées se renforcent mutuellement.
- Évaluer dans quelle mesure certaines politiques, lois et pratiques institutionnelles entraînent des résultats divergents entre les différents groupes de patients. Par exemple, les critères d'admissibilité au logement social peuvent désavantager systématiquement les personnes ayant des troubles de santé mentale et de santé liée à l'usage de substances (p. ex., la psychose) d'une manière différente de celles aux prises avec des pathologies médicales et psychiatriques complexes entraînant un handicap physique. Le fait de mettre en évidence ces disparités permet de cibler les domaines d'action à réformer.
- Explorer davantage la manière dont la discrimination structurelle s'intègre dans des systèmes interconnectés, comme le logement, l'éducation, les services sociaux ou le système de justice pénale, afin de générer des recommandations concrètes et réalisables que les gouvernements, les systèmes de santé et les décideurs politiques pourront mettre en œuvre pour réduire les préjudices.

Intégrer la santé mentale, la santé liée à l'usage de substances et les soins de santé physique.

- La stigmatisation structurelle est renforcée lorsque les soins de santé mentale, de santé liée à l'usage de substances et de santé physique sont dispensés de manière cloisonnée. Favoriser l'intégration permet de réduire les obstacles concrets qui pèsent le plus lourdement sur les personnes confrontées à des formes multiples et croisées de précarité.
- Promouvoir une législation et des modèles de prestation qui harmonisent le financement, les infrastructures et la planification des effectifs entre les différents secteurs, afin que les personnes puissent circuler plus facilement entre les soins primaires, la santé mentale, les services hospitaliers et les services communautaires. Dans le contexte canadien, cela peut notamment comprendre l'expansion des soins intégrés rendus par des équipes et des modèles régionaux favorisant la responsabilité partagée, des mécanismes coordonnés et des soins plus holistiques.
- La parité entre la santé mentale et la santé liée à l'usage de substances est un facteur clé dans la création de systèmes de santé intégrés, équitables et efficaces. L'harmonisation de la couverture et du financement des soins de santé mentale, de santé liée à l'usage de substances et de santé physique contribue à garantir une prestation conjointe des services, de manière cohérente et efficace.

2. Stratégies organisationnelles dans les établissements de soins de santé

2,1

Nommer la stigmatisation structurelle intersectionnelle comme un enjeu de qualité et de sécurité et la relier à d'autres priorités organisationnelles.

- Recommander aux systèmes de santé provinciaux et territoriaux, aux autorités sanitaires régionales, aux hôpitaux et aux organisations communautaires de reconnaître explicitement la stigmatisation structurelle et intersectionnelle comme un facteur d'accès inéquitable aux soins, de qualité de soins inférieure et de préjudices évitables pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale et de santé liée à l'usage de substances.
- Cette démarche peut contribuer à faire de la lutte contre la stigmatisation une priorité concrète du système, et non plus seulement une valeur à atteindre, en l'associant à la sécurité des patients et des bénéficiaires, à l'amélioration de la qualité, au bien-être du personnel et aux efforts de lutte contre le racisme, de manière à accroître la responsabilisation et à pérenniser le changement.

Le Réseau de santé Vitalité, au Nouveau-Brunswick, par exemple, démontre que la mobilisation des dirigeants dans la lutte contre la stigmatisation structurelle est une stratégie fondamentale pour améliorer la qualité. En créant un poste dédié à la réduction de la stigmatisation structurelle et à la promotion de pratiques axées sur le rétablissement, Vitalité instaure une culture de responsabilité et met en place des mesures à l'échelle du système permettant de repérer les obstacles à un accès équitable aux soins et d'y remédier. Cette approche reconnaît que des facteurs qui se recoupent, comme la langue, la géographie ou l'état de santé mentale, influencent les expériences en matière de soins. Sans action délibérée à l'échelle du système, ces facteurs peuvent perpétuer la stigmatisation structurelle, entraîner une baisse de la qualité des soins et avoir une incidence négative sur les expériences et les résultats en matière de soins.

2,2

Intégrer une compréhension de la stigmatisation structurelle intersectionnelle dans les mesures de rendement et de responsabilité.

- Réfléchir à la manière dont la ventilation et la gestion des données en fonction de la race, de l'origine ethnique, de la situation géographique, du statut socio-économique et d'autres dimensions de la discrimination pourraient améliorer les rapports réguliers et les normes réglementaires.
- Utiliser des outils tels que l'[Échelle de stigmatisation structurelle dans les soins de santé mentale](#) (SSSSM) et l'[Échelle des cultures de stigmatisation dans le système de soins de santé](#) (CSSSS) comme éléments clés de l'amélioration de la qualité, en portant attention à la manière dont les expériences varient selon la race, le genre, le revenu et d'autres identités.

2,3

Co-concevoir des services avec des personnes ayant un savoir expérientiel passé ou présent des enjeux de santé mentale et santé liée à l'usage de substances.

- Veiller à ce que les conseils consultatifs, les équipes chargées de la qualité et les structures de gouvernance comptent parmi leurs membres des personnes issues des communautés les plus touchées par des stigmatisations cumulées, et leur garantir un traitement équitable.ⁱⁱⁱ
- Créer des postes rémunérés pour les personnes ayant un savoir expérientiel, passé et présent, et qui vivent actuellement des situations de discrimination sous de multiples formes, et veiller à ce qu'elles puissent influencer les décisions, et non pas se contenter de partager leurs témoignages.
- Pour faciliter ce processus, veuillez utiliser la [Trousse de mise en œuvre du Cadre de soins de santé mentale de qualité](#). Ces ressources offrent des stratégies pratiques et des conseils pour

ⁱⁱⁱ Pour obtenir des précisions, veuillez utiliser la ressource de la Commission [Consulter les personnes ayant un savoir expérientiel passé ou présent de la maladie mentale](#) : Les conseils consultatifs de la CSMC.

mobiliser efficacement les personnes ayant une expérience vécue dans la conception et la prestation des services.

2,4

Harmoniser les stratégies cliniques, de ressources humaines et d'équité.

- Examiner les processus de recrutement, de promotion, de formation et de mesures disciplinaires afin de détecter tout préjugé à l'encontre des personnes présentant des troubles de santé mentale ou de santé liée à l'usage de substances.
- Intégrer une formation sur la stigmatisation structurelle dans les initiatives d'intégration et de renforcement du leadership.

2,5

Offrir des soins en santé mentale et en santé liée à l'usage de substances qui valorisent la culture et garantissent la sécurité culturelle.

- Former le personnel à nommer et à aborder en toute sécurité les identités multiples, à éviter les stéréotypes et à favoriser l'autonomie, la prise de décision partagée et le rétablissement.
- Développer des compétences en matière de lutte contre la discrimination qui intègrent des perspectives intersectionnelles.
- Pratiquer et encourager une réflexion critique sur la manière dont l'origine ethnique, le genre, la classe sociale et d'autres identités influencent le diagnostic et le traitement.
- Créer des espaces cliniques où les patients et les bénéficiaires peuvent discuter des préjudices structurels et liés à l'identité, et pas seulement des symptômes.
- Intégrer le soutien par les pairs dans les programmes de soins, en offrant aux patients et aux bénéficiaires un soutien auquel ils peuvent s'identifier, fondé sur l'expertise acquise par l'expérience vécue et sur des perspectives intersectionnelles.

Le programme « Trauma and Resiliency Informed Practice » (TRIP)^{iv} de l'autorité sanitaire du Fraser, par exemple, démontre que le renforcement des capacités des professionnels de santé en matière de sensibilisation aux traumatismes et de compassion est essentiel pour lutter contre la stigmatisation structurelle dans le secteur de la santé. Le programme TRIP renforce l'auto-compassion et la résilience des fournisseurs, leur permettant d'adopter des comportements plus empathiques et non stigmatisants envers les personnes présentant des troubles de la santé mentale ou de la santé liée à l'usage de substances. En accordant une place centrale au traumatisme et à une vision fondée sur l'humanité commune, TRIP reconnaît que les individus sont souvent confrontés à des formes multiples et croisées de marginalisation. Sans cette prise de conscience, les systèmes de santé risquent de renforcer la stigmatisation, les inégalités en matière de soins et les préjudices évitables.

3. Stratégies communautaires

3,1

Intégrer le leadership des pairs et des familles dans la conception et la prestation des services.

- Créer des postes rémunérés pour les travailleurs pairs, les accompagnateurs familiaux et les conseillers communautaires, en leur offrant un soutien professionnel clairement défini et des ressources financières.
- Veiller à ce que ces postes soient pourvus par des personnes reflétant la diversité des identités et des communautés.

^{iv} Pour en savoir plus : Knaak, S., Sandrelli, Marika, et Patten, S. (2000). Comment le Modèle d'humanité commune peut améliorer le bien-être des fournisseurs et les soins aux clients : une évaluation du programme de formation en matière de pratiques fondées sur les traumatismes et la résilience (TRIP) *Healthcare Management Forum*, vol. 34, n° 2, p. 87-92. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7903856/>

Dans le cadre du programme « Addiction Recovery and Community Health » (ARCH)^v, par exemple, les accompagnateurs par les pairs sont des membres essentiels des équipes interdisciplinaires de médecine des dépendances. Un groupe consultatif communautaire, composé de personnes ayant vécu l'expérience de l'usage de substances, de l'hospitalisation et de l'itinérance, oriente l'ensemble des volets du programme, notamment la prestation de services, la recherche, l'évaluation et la formation. Les membres se réunissent tous les trois mois et sont rémunérés pour leurs contributions.

3,2

Investir dans des soutiens communautaires sécuritaires sur le plan culturel.

- Collaborer avec des organisations communautaires de confiance qui viennent déjà en aide à des groupes susceptibles d'être victimes de stigmatisations croisées.
- Privilégier les modèles de prise en charge qui tiennent compte des traumatismes historiques, du racisme, du colonialisme et d'autres préjudices structurels.
- Fournir des services culturellement appropriés en plusieurs langues, y compris la langue des signes.
- Offrir des services accessibles qui intègrent les pratiques de guérison traditionnelles et spirituelles et qui respectent les normes communautaires.

Le programme Biigajiiskaan : parcours autochtones vers le bien-être mental^v, par exemple, montre qu'un partenariat entre la collectivité et l'hôpital permet de lutter plus efficacement contre la stigmatisation structurelle, à condition que le partenaire communautaire dispose d'un véritable pouvoir de gouvernance et d'une réelle autonomie financière. Ce modèle garantit que les responsables des collectivités autochtones ne soient jamais subordonnés, sur le plan opérationnel, à l'institution. Il prévoit également la mise en place d'un cercle de gouvernance autochtone qui supervise l'intégration harmonieuse des cérémonies, des soins dispensés par les Aînés et de la médecine traditionnelle aux côtés des traitements psychiatriques au sein même de l'hôpital.

^v Découvrez-en plus sur ces exemples dans la ressource [Défenseurs et agents de changement](#) de la Commission.

4. Stratégies de recherche

4,1

Améliorer la mesure de la stigmatisation structurelle intersectionnelle grâce à des données plus solides, des approches méthodologiques mixtes et la recherche participative.

- La mesure de la stigmatisation structurelle intersectionnelle nécessite plus que l'ajout de variables démographiques aux outils existants. Les systèmes de santé, les chercheurs et les responsables politiques pourraient envisager d'investir dans des approches permettant de recueillir des données probantes sur la manière dont la stigmatisation fonctionne au sein des structures, des relations et de l'expérience vécue, afin de pouvoir détecter et traiter les inégalités avec plus d'efficacité.
- Cela implique de collecter des données de meilleure qualité, de combiner des méthodes quantitatives et qualitatives, de travailler en partenariat avec les communautés en les considérant comme des cochercheurs plutôt que comme de simples sujets d'étude, et de veiller à ce que les conclusions se traduisent par des plans d'action concrets plutôt que de se limiter à une simple description.

4,2

Collecter et utiliser des données désagrégées de manière volontaire, dans le respect et en toute transparence.

- La collecte de données pourrait se faire dans un climat de confiance, avec une grande clarté quant à la manière dont les informations seront recueillies, protégées, partagées et utilisées, afin que les gens soient plus disposés à participer et que les données résultantes soient plus crédibles et exploitables.

4,3

Utiliser des approches mixtes pour comprendre à la fois les tendances et les mécanismes.

- Combiner des mesures quantitatives, telles que les échelles de stigmatisation structurelle et les données administratives, avec des approches qualitatives, telles que les entretiens, les groupes de discussion et les méthodes narratives, pour permettre aux systèmes de santé de voir non seulement où les inégalités existent,

mais aussi comment elles sont produites et maintenues.

4,4

Concevoir la recherche en partenariat avec les communautés concernées.

- Travailler en collaboration avec les personnes issues des communautés les plus touchées par la stigmatisation structurelle pour définir les questions de recherche, déterminer les méthodes, interpréter les réponses et présenter les résultats, afin que le travail reflète les réalités vécues et soit plus susceptible de produire des résultats pertinents dans la pratique.

4,5

Consacrer du temps et des ressources au renforcement des capacités et à la formation.

- Soutenir la recherche participative et ancrée dans la communauté par le biais d'une rémunération, de formations, de l'établissement de relations et de calendriers flexibles, afin que le partenariat soit constructif et durable, plutôt que superficiel et limité dans le temps.

4,6

Utiliser les résultats pour définir des leviers d'action ciblés et des objectifs concrets en vue d'un changement.

- Les mesures ne doivent pas se limiter à une simple description, mais permettre de déterminer les endroits où la stigmatisation structurelle s'exerce et où il est le plus urgent d'agir, afin que les organisations puissent passer de la prise de conscience à des améliorations ciblées.

4,7

Partager les résultats et élaborer conjointement des plans d'action.

- Les résultats devraient être communiqués aux communautés et aux dirigeants d'organisations de manière à favoriser une interprétation partagée, la responsabilisation et l'élaboration de stratégies pratiques de changement. L'objectif est que les preuves soient mises en action plutôt que de rester confinées dans des rapports ou d'autres productions de recherche.

Considérations futures



Considérations et priorités pour les futurs travaux sur la stigmatisation structurelle intersectionnelle

Dans le prolongement de l'initiative de la Commission sur la stigmatisation structurelle, déployée en plusieurs phases, et de l'étude sur la stigmatisation structurelle intersectionnelle, les travaux futurs pourraient se concentrer en priorité sur :

1. Garder l'intersectionnalité au cœur de tous les efforts de réduction de la stigmatisation structurelle

S'assurer que toutes les ressources relatives à la stigmatisation structurelle (outils, formations, guides de mise en œuvre, etc.) comportent des suggestions et des exemples abordant directement la question des identités croisées et des systèmes de discrimination.

2. Mesurer la stigmatisation structurelle avec une perspective intersectionnelle

Utiliser pleinement les échelles de [SSSSM](#) et [CSSSS](#), en veillant à la cohérence des données démographiques collectées, afin de déterminer les domaines dans lesquels la stigmatisation structurelle influe sur les résultats et d'y remédier par le biais de projets de mise en œuvre.

3. Diversifier les occasions pour les personnes ayant un savoir expérientiel passé et présent d'accéder à des fonctions à responsabilité

Encourager les personnes confrontées à plusieurs formes de discrimination à assumer des fonctions de leadership et de recherche plutôt que de présumer qu'un seul aspect de leur identité les définit.

4. Investir dans la recherche comparative et longitudinale

Encourager les études comparant les expériences de différents groupes tout au long de la vie, notamment en examinant l'évolution de la stigmatisation structurelle intersectionnelle selon les contextes politiques et les environnements de soins de santé.

5. Relier les actions de lutte contre la stigmatisation structurelle aux mouvements plus larges en faveur de l'équité

Aligner les activités sur les initiatives en matière de lutte contre le racisme, de réconciliation, de décolonisation, de handicap, de justice, d'égalité des genres, d'équité et de droits des personnes 2SLGBTQI+, afin d'éviter le cloisonnement des efforts et d'en amplifier la portée.

6. Soutenir les premiers adeptes et les communautés de pratique

Utiliser [les études pilotes sur la stigmatisation structurelle](#) comme sources pédagogiques pour d'autres organisations souhaitant mettre en œuvre des outils de lutte contre la stigmatisation structurelle et des approches intersectionnelles.

Créer des communautés de pratique pour soutenir le changement.



La stigmatisation structurelle et intersectionnelle est une force persistante et systémique qui aggrave les inégalités en matière de santé, en ancrant la discrimination au cœur des lois, des politiques et des institutions.

Pour briser ces cycles qui tendent à se renforcer mutuellement, nous recommandons de dépasser les considérations individuelles et de privilégier une réforme systémique transformatrice.

Nos travaux soulignent la nécessité de réexaminer les lois discriminatoires, d'adopter des protections juridiques et de mettre en œuvre des réformes de la main-d'œuvre et de la formation qui tiennent compte des besoins et des vulnérabilités spécifiques des personnes et des communautés confrontées à de multiples formes de discrimination.

En plaçant l'expertise des personnes ayant un savoir expérientiel, passé et présent, au cœur de la recherche, et en investissant dans des systèmes de soutien accessibles et pilotés par les communautés, nous pouvons commencer à nous attaquer aux facteurs structurels à l'origine des disparités en matière de santé mentale, et favoriser l'émergence d'une société dans laquelle chaque individu a la possibilité de s'épanouir.



Annexes



Remerciements

Ce rapport a été rédigé par Javeed Sukhera MD, Ph. D., FRCPC, et élaboré par la Commission de la santé mentale du Canada (la Commission).

Équipe de projet de la Commission :

Hannah Kohler

Carolina Chadwick

Jennifer Jeffery

Nitika Rewari Chunilall

Kamlesh Tello

Équipe de recherche :

Javeed Sukhera, M.D., Ph. D.,
FRCPC

Stephanie Knaak, Ph. D.

Tess M. Atkinson

Allison Liang

Soutien financier

Le présent rapport a été élaboré dans le cadre de l'accord de contribution conclue entre la Commission et Santé Canada.

Références

- ¹ Nazroo, J. Y., Bhui, K. S. et Rhodes, J. (2020). Where next for understanding race/ethnic inequalities in severe mental illness? Structural, interpersonal and institutional racism. *Sociology of Health & Illness*, vol. 42, n° 2, p. 262-276.
- ² Ito, Sakura, Jans, L. K., Rosenfeld, E. A., Shen, J., Vilkin, E., Gonzalez, A., et al. (2024). Mental healthcare experiences and preferences among lesbian, gay, bisexual, transgender, and/or queer people of color: A scoping review of qualitative research and recommendations for provider training. *Clinical Psychology: Science and Practice* vol. 32, n° 2, p. 105-121. <https://doi.org/10.1037/cps0000241>
- ³ Mercado, M., Law, L., Ferguson-Colvin, K., et Wolfersteig, W. (2024). Intersectional structural stigma: A qualitative study with persons experiencing homelessness in the southwest United States. *Qualitative Health Research*, vol. 34, n° 13, p. 1272-1285.
- ⁴ Hempeler, C., Schneider-Reuter, L., Windel, A. S., Carlet, J., Philipsen, L., Juckel, G., et al. (2024). Intersectional discrimination in mental health care: A systematic review with qualitative evidence synthesis. *Psychiatric Services*, vol. 75, n° 10, p. 1125-1143.
- ⁵ English, D., Carter, J. A., Boone, C. A., Forbes, N., Bowleg, L., Malebranche, D. J., et al. (2021). Intersecting structural oppression and black sexual minority men's health. *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 60, n° 6, p. 781-791.
- ⁶ Kapadia, D. (2023). Stigma, mental illness & ethnicity: Time to centre racism and structural stigma. *Sociology of Health & Illness*, vol. 45, n° 4, p. 855-871.
- ⁷ Livingston, J., N. Patel, S. Bryson, P. Hoong, R. Lal, M. Morrow et al. (2018). Stigma associated with mental illness among Asian men in Vancouver, Canada. *International Journal of Social Psychiatry*, vol. 64, n° 7, p. 679-689.
- ⁸ van der Star, A., Bränström, R. et Pachankis, J. E. (2021). Lifecourse-varying structural stigma, minority stress reactions and mental health among sexual minority male migrants. *European Journal of Public Health*, vol. 31, n° 4, p. 803-808.

Revue narrative critique – articles de recherche

Alang, S. M. (2015). Sociodemographic disparities associated with perceived causes of unmet need for mental health care. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, vol 38, n° 4, p. 293-299.

Cole, E., Leavey, G., King, M., Johnson-Sabine, E. et Hoar, A. (1995). Pathways to care for patients with a first episode of psychosis: A comparison of ethnic groups. *British Journal of Psychiatry*, vol. 167, n° 6, p. 770-776.

Dockery, L., Jeffery, D., Schauman, O., Williams, P., Farrelly, S., Bonnington, O., et al. et MIRIAD study group. (2015). Stigma- and non-stigma-related treatment barriers to mental healthcare reported by service users and caregivers. *Psychiatry Research*, vol. 228, n° 3, p. 612-619.

English, D., Carter, J. A., Boone, C. A., Forbes, N., Bowleg, L., Malebranche, D. J., et al. (2021). Intersecting structural oppression and Black sexual minority men's health. *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 60, n° 6, p. 781-791.

English, D., Boone, C. A., Carter, J. A., Talan, A. J., Busby, D. R., Moody, R. L., et al. (2022). Intersecting structural oppression and suicidality among Black sexual minority male adolescents and emerging adults. *Journal of Research on Adolescence*, vol. 32, n° 1, p. 226-243.

Fagrell Trygg, N., Gustafsson, P. E. et Månsdotter, A. (2019). Languishing in the crossroad? A scoping review of intersectional inequalities in mental health. *International Journal for Equity in Health*, vol. 18, n° 1, p. 115.

Faissner M., Gaillard A.S., Juckel G., Yeboah A. et Gather J. (2024). Intersectionality and discriminatory practices within mental health care. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, vol. 19, n° 1, p. 9. <https://doi.org/10.1186/s13010-024-00159-7>.

Funer, F. (2023). Admitting the heterogeneity of social inequalities: Intersectionality as a (self-)critical framework and tool within mental health care. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, vol. 18, n° 1, p. 21. <https://doi.org/10.1186/s13010-023-00144-6>.

Gary, F. A. (2005). Stigma: Barrier to mental health care among ethnic minorities. *Issues in Mental Health Nursing*, vol. 26, n° 10, p. 979-999.

Hatzenbuehler, M. L., Lattanner, M. R., McKetta, S. et Pachankis, J. E. (2024). Structural stigma and LGBTQ+ health: A narrative review of quantitative studies. *The Lancet Public Health*, vol. 9, n° 2, p. e109-e127.

Hempeler, C., Schneider-Reuter, L., Windel, A. S., Carlet, J., Philipsen, L., Juckel, G., et al. (2024). Intersectional discrimination in mental health care: A systematic

review with qualitative evidence synthesis. *Psychiatric Services*, vol. 75, n° 10, p. 1125-1143.

Holley, L. C., Tavassoli, K. Y., et Stromwall, L. K. (2016). Mental illness discrimination in mental health treatment programs: Intersections of race, ethnicity, and sexual orientation. *Community Mental Health Journal*, vol. 52, n° 3, p. 311-322.

Ito, S., Jans, L. K., Rosenfield, E. A., Shen, J., Vilkin, E., Gonzalez, A., et al. (2025). Mental healthcare experiences and preferences among lesbian, gay, bisexual, transgender, and/or queer/people of color: A scoping review of qualitative research and recommendations for provider training. *Clinical Psychology: Science and Practice*, vol. 32, n° 2, p. 105-121. <https://doi.org/10.1037/cps0000241>.

Kapadia, D. (2023). Stigma, mental illness & ethnicity: Time to centre racism and structural stigma. *Sociology of Health & Illness*, vol. 45, n° 4, p. 855-871.

Kidd, S. A., Howison, M., Pilling, M., Ross, L. E., et McKenzie, K. (2016). Severe mental illness in LGBT populations: A scoping review. *Psychiatric Services*, vol. 67, n° 7, p. 779-783.

Langmann, E., et Weßel, M. (2023). Leaving no one behind: Successful ageing at the intersection of ageism and ableism. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, vol. 18, n° 1, p. 22. <https://doi.org/10.1186/s13010-023-00150-8>.

Livingston, J., Patel, N., Bryson, S., Hoong, P., Lal, R., Morrow, M., et al. (2018). Stigma associated with mental illness among Asian men in Vancouver, Canada. *International Journal of Social Psychiatry*, vol. 64, n° 7, p. 679-689.

Mercado, M., Law, L., Ferguson-Colvin, K., et Wolfersteig, W. (2024). Intersectional structural stigma: A qualitative study with persons experiencing homelessness in the southwest United States. *Qualitative Health Research*, vol. 34, n° 13, p. 1272-1285.

Morgan, C., Burns, T., Fitzpatrick, R., Pinfold, V., et Priebe, S. (2007). Social exclusion and mental health: Conceptual and methodological review. *British Journal of Psychiatry*, vol. 191, n° 6, p. 477-483.

Myerscough, F., Schneider-Reuter, L., et Faissner, M. (2024). Epistemic appropriation and the ethics of engaging with trans community knowledge in the context of mental healthcare research. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, vol. 19, n° 1, p. 7, <https://doi.org/10.1186/s13010-024-00157-9>.

Nazroo, J. Y., Bhui, K. S., et Rhodes, J. (2020). Where next for understanding race/ethnic inequalities in severe mental illness? Structural, interpersonal and institutional racism. *Sociology of Health & Illness*, vol. 42, n° 2, p. 262-276.

Oexle, N. et Corrigan, P. W. (2018). Understanding mental illness stigma toward persons with multiple stigmatized conditions: Implications of intersectionality theory. *Psychiatric Services*, vol. 69, n° 5, p. 587-589.

Rodolpho, J. R., Hoga, L. A., Reis-Queiroz, J. et Jamas, M. T. (2015). Experiences and daily life attitudes of women with severe mental disorders: Integrative review of associated factors. *Archives of Psychiatric Nursing*, vol. 29, n° 4, p. 223-235.

Slaunwhite, A. K. (2015). The role of gender and income in predicting barriers to mental health care in Canada. *Community Mental Health Journal*, vol. 51, n° 5, p. 621-627.

Turan, J. M., Elafros, M. A., Logie, C. H., Banik, S., Turan, B., Crockett, K. B., et al. (2019). Challenges and opportunities in examining and addressing intersectional stigma and health. *BMC Medicine*, vol. 17, n° 1, p. 7.

van der Star, A., Bränström, R. et Pachankis, J. E. (2021). Lifecourse-varying structural stigma, minority stress reactions and mental health among sexual minority male migrants. *European Journal of Public Health*, vol. 31, n° 4, p. 803-808.

Villar, C. F. (2024). The modern-day "rest cure": "The yellow wallpaper" and underrepresentation in clinical research. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, vol. 19, n° 1, p. 8. <https://doi.org/10.1186/s13010-024-00158-8>.

White, B. P. et Fontenot, H. B. (2019). Transgender and non-conforming persons' mental healthcare experiences: An integrative review. *Archives of Psychiatric Nursing*, vol. 33, n° 2, p. 203-210.



Commission de
la santé mentale
du Canada

Mental Health
Commission
of Canada

Commission de la santé mentale du Canada (2026)

350, rue Albert, bureau 1210

Ottawa (Ontario) K1R 1A4

Tél. : (613) 683-3755

Télééc. : (613) 798-2989

 @CSMC_  /laCSMC

 /1MHCC  @theMHCC

 Commission de la santé mentale du Canada.

 /theMHCC