

ORDRE DE L'EXCELLENCE



RÉCIPIENDAIRE SANTÉ MENTALE AU TRAVAIL



Commission de
la santé mentale
du Canada

Mental Health
Commission
of Canada

La stigmatisation et la crise des opioïdes

Rapport final

Stephanie Knaak, Ph. D.
Sue Mercer, M. Serv. soc.
Romie Christie, B.A.
Heather Stuart, Ph. D.

commissionsantementale.ca



Commission de
la santé mentale
du Canada

Mental Health
Commission
of Canada

Droits d’auteur

© Commission de la santé mentale du Canada, 2019

Bureau 1210, 350, rue Albert, Ottawa (Ontario) K1R 1A4

ISBN: 978-1-77318-114-1 (Resource en ligne)

Dépôt légal : Bibliothèque nationale du Canada

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	v
Introduction et contexte.....	v
Principales constatations.....	v
Recommandations clés.....	iii
1. INTRODUCTION ET CONTEXTE	1
2. MÉTHODES, PRINCIPALES ACTIVITÉS, ÉCHÉANCIERS.....	2
2,1 Examen exploratoire.....	2
2,2 Étude auprès de répondants clés.....	3
2,3 Étude sur l'élaboration d'une échelle de mesure	1
3. RÉSUMÉ DES PRINCIPALES CONSTATIONS ISSUES DE L'EXAMEN EXPLORATOIRE	2
4. CONSTATATIONS : ÉTUDE MENÉE AUPRÈS DES RÉPONDANTS CLÉS	4
4a. Description de la stigmatisation : À quoi ressemble la stigmatisation et comment est-elle ressentie.....	4
4a1. Attitudes négatives, jugements et stéréotypes.....	5
4a2. Utilisation d'étiquettes et d'un langage problématiques	7
4a3. Interactions négatives entre client et fournisseur	8
4a4. Honte et internalisation de la dépendance	9
4a5. Politiques et pratiques punitives et excluantes.....	10
4b. Répercussions de la stigmatisation : Les obstacles qu'elle pose	11
4b1. La stigmatisation influence notre façon de conceptualiser et d'envisager la crise actuelle et d'établir les priorités dans ce dossier.....	11
4b2. La stigmatisation incite les gens à se cacher et freine la recherche d'aide	13
4b3. La stigmatisation perpétue la méfiance face au système et l'évitement des services, particulièrement dans les populations marginalisées	15
4b4. La stigmatisation donne lieu à des soins et des interventions de qualité moindre	16
4c. Sources de stigmatisation : Points de tension et facteurs contributifs.....	17
4c1 Sources directes de stigmatisation	17
4c1a. Approches punitives à l'égard des dépendances, des traitements et du rétablissement	17
4c1b. Illégalité de certains opioïdes et d'autres drogues	18
4c1c. Vision des personnes ayant un problème lié à la consommation d'opioïdes à travers le prisme de la valeur et du mérite.....	19

4c2	Sources indirectes de stigmatisation	21
4c2a.	L'arme à double tranchant qu'est le secours d'urgence.....	21
4c2b.	Traumatismes, usure de compassion, épuisement.....	23
4c2c.	Insuffisances du système	25
4d	S'attaquer à la stigmatisation : Besoins en matière d'apprentissage chez les fournisseurs et approches prometteuses pour réduire efficacement la stigmatisation	26
4d1.	Éducation au sujet des dépendances, des traitements et du rétablissement	28
4d2.	Interventions axées sur la création d'un lien de confiance entre client et fournisseur	32
4d3.	L'interaction sociale comme outil clé pour réduire la stigmatisation	33
4d4.	Formations sur les pratiques et les soins fondés sur la connaissance des traumatismes	34
4d5.	Formations orientées vers l'intérieur pour accroître la résilience et atténuer les risques d'épuisement	35
4d6.	Corriger les insuffisances du système	37
5.	INITIATIVES ET PROGRAMMES PROMETTEURS	39
6.	RECOMMANDATIONS	39
7.	LES PROCHAINES ÉTAPES	41
8.	RÉFÉRENCES	43
ANNEXE A	44

SOMMAIRE

Introduction et contexte

Le Canada traverse actuellement une crise des opioïdes. Toutefois, s'il est généralement convenu que la stigmatisation entourant l'utilisation d'opioïdes est considérable et qu'elle prète à conséquence, nous devons néanmoins explorer plusieurs questions en vue d'acquérir une compréhension approfondie de ses effets sur les personnes aux prises avec des problèmes liés à l'usage de cette drogue.

- À quoi ressemble la stigmatisation associée aux opioïdes?
- D'où vient-elle?
- Comment se manifeste-t-elle?
- Quels effets pourrait-elle avoir sur une personne demandant ou recevant de l'aide?
- Quels effets pourrait-elle avoir sur la qualité des soins et la disponibilité des services?
- Comment pourrait-on la combattre efficacement?

Puisqu'il est essentiel de répondre à ces questions pour être en mesure d'offrir des interventions efficaces en vue d'améliorer la qualité des services de première intervention, la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) a réalisé un projet de recherche d'une durée de 18 mois (financé par Santé Canada) dans le cadre de son initiative de lutte contre la stigmatisation, *Changer les mentalités*. Ce projet poursuivait trois grands objectifs :

1. Acquérir une meilleure compréhension du rôle joué par la stigmatisation en ce qui concerne les problèmes liés à l'utilisation des opioïdes (et d'autres substances), et ce, afin d'aider les gouvernements (et d'autres parties prenantes) à prendre des décisions en matière de prestation de services et d'orientations politiques.
2. Déterminer les besoins en matière d'apprentissage chez les premiers répondants (p. ex. le personnel des services d'urgence, les services d'incendie et de police, les ambulanciers paramédicaux, les travailleurs de proximité et d'autres travailleurs de première ligne) en ce qui concerne la stigmatisation, afin de favoriser la création d'interventions appropriées et efficaces.
3. Établir des mesures visant à évaluer les initiatives de lutte à la stigmatisation s'adressant aux premiers répondants, qui sont aux premières lignes de la crise des opioïdes qui frappe le Canada.

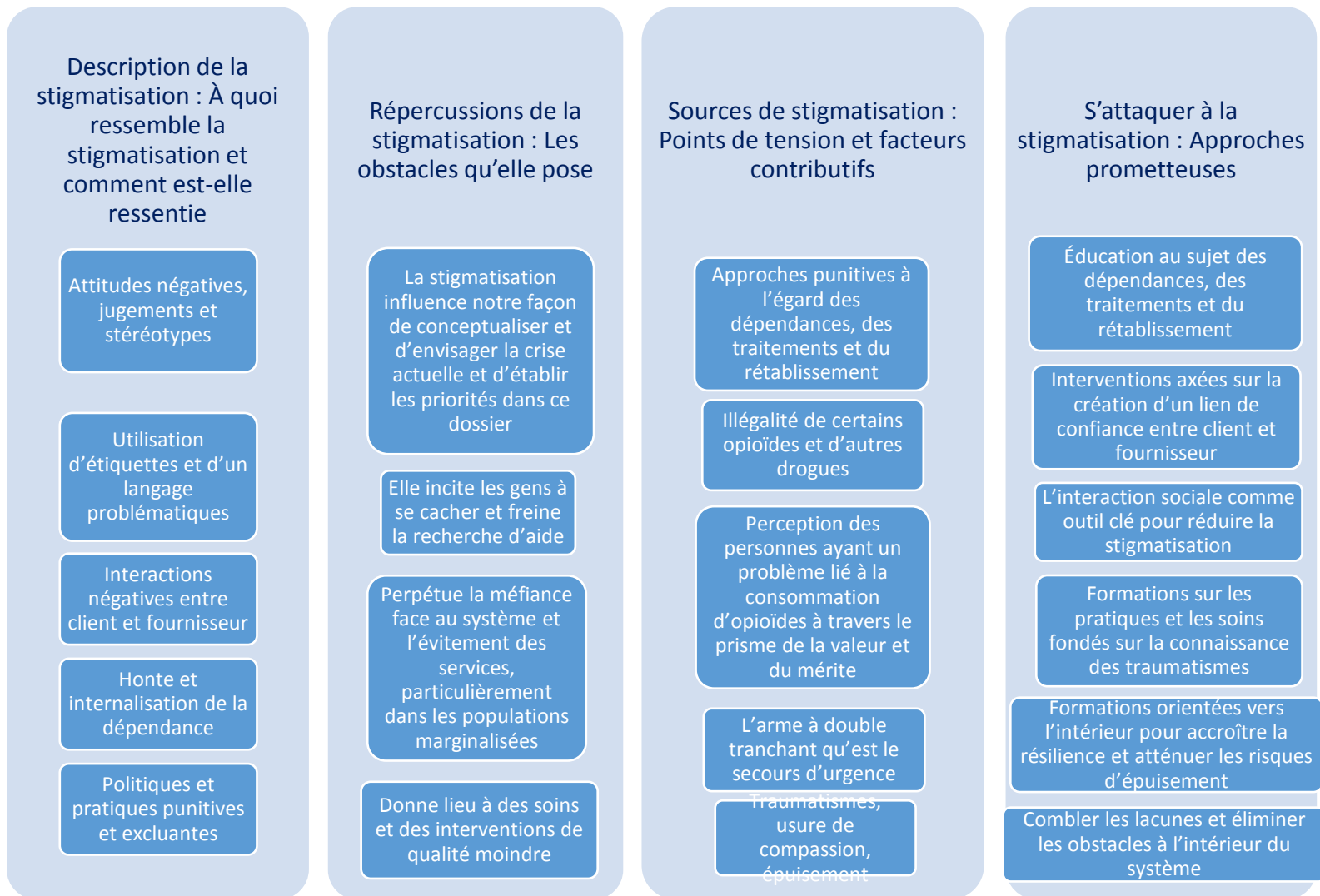
Ce projet comprenait une analyse documentaire exploratoire, ainsi que des entretiens avec des répondants clés et des groupes de discussion composés de premiers répondants, de personnes ayant un savoir expérientiel de l'utilisation d'opioïdes ou d'autres substances, de décideurs et de fournisseurs de services. Des groupes représentatifs d'un large éventail d'opinions, de points de vue et d'expériences ont été réunis dans chacune des cinq régions du Canada afin d'assurer l'inclusion de sites affichant des taux particulièrement élevés de décès et d'hospitalisations liés aux opioïdes. À partir de ces activités, nous avons mis au point et testé une nouvelle échelle de mesure permettant d'évaluer les interventions de lutte contre la stigmatisation associée aux opioïdes chez les premiers répondants.

Principales constatations

Heather Stuart, Ph. D., de l'Université Queen's, a effectué l'analyse exploratoire en mars 2018. En janvier 2019, elle a publié un article à titre d'invitée dans la revue *Healthcare Management Forum*, « [Managing the Stigma of Opioid Use](#) », où elle présente les conclusions tirées de son analyse. L'article

intégral se trouve à l'Annexe A. Les principaux sujets explorés dans le cadre de l'étude auprès des répondants clés sont présentés ci-dessous (Figure 1).

Figure 1. Résumé des constatations issues de l'étude auprès des répondants clés : Descriptions, sources, conséquences et solutions dans le dossier de la stigmatisation associée à l'utilisation d'opioïdes aux premières lignes de la crise des opioïdes au Canada



Les extraits d'entretiens suivants aident à illustrer certains de ces résultats, thèmes et catégories clés :

À quoi ressemble la stigmatisation et comment est-elle ressentie

- « La dépendance est l'un des seuls problèmes de santé où la personne risque davantage d'être expulsée d'un hôpital lorsqu'elle présente des symptômes de sa maladie que de recevoir des soins pour celle-ci. »

– Participant au groupe de discussion

Les obstacles qu'elle pose

- « Elle déshumanise les gens. Les personnes concernées n'ont pas accès aux services. Et lorsqu'elles y ont accès, elles ne reçoivent pas de soins. Elles sont victimes de suppositions. De surcroît, elles consomment seules parce qu'elles veulent éviter que quiconque soit au courant.

– Répondant clé

- « Aux urgences, [si] un utilisateur de drogues injectables se présente avec une cellulite en même temps qu'un homme âgé présentant aussi une cellulite – causée par son diabète, par exemple – et que vous n'avez qu'une place, nous savons tous lequel des deux sera traité, pas vrai? Même si la cellulite de l'utilisateur de drogues injectables est pire. Parce que c'est un drogué. On dira qu'il a couru à sa perte. »

– Participant au groupe de discussion

Points de tension et facteurs contributifs

- « On perçoit encore la dépendance comme étant un choix, ou simplement une mauvaise chose qui arrive à certaines personnes. On se demande : pourquoi est-ce à moi de payer pour le mode de vie que ces gens-là ont choisi? [...] Mais en réalité, tous les jours, des personnes sont hospitalisées et reçoivent des traitements pour des problèmes engendrés par leur mode de vie. Personne n'accuse les gens souffrant de diabète d'avoir mangé trop de crème glacée ou de sucre. Personne ne condamne ceux qui sont atteints du cancer parce qu'ils fumaient. On les soigne, tout simplement. »

– Répondant clé

- « Comment peut-on lutter contre la stigmatisation alors que les patients sont étiquetés comme des criminels? »

– Répondant clé

- « Cette population est perçue comme plus difficile, plus complexe à traiter, peut-être même moins digne de recevoir des soins. »

– Répondant clé

Approches prometteuses

- « J'aimerais beaucoup voir des personnes ayant des antécédents de consommation de substances ou même des personnes qui sont en train de lutter contre une dépendance venir discuter avec des premiers répondants et des travailleurs de la santé pour les aider à trouver des moyens d'offrir de meilleurs soins et d'enrayer la stigmatisation. »

– Participant au groupe de discussion

- « Le fait est que les travailleurs de première ligne ne retirent pas assez de satisfaction de compassion de leur travail. Plus on ressent de satisfaction de compassion, moins on est susceptible d'adopter des comportements de distanciation ou autres. »

– Répondant clé

- « La connexion avec les gens – les pairs, les personnes ayant un savoir expérientiel – est extrêmement importante. Beaucoup de fournisseurs de soins de santé ne connaissent pas vraiment de gens qui consomment des substances autres que l’alcool. Il est possible qu’ils fassent alors des suppositions. Il est fondamental de tisser des liens, de réunir les gens. Mais réunir les gens n’est pas simple, parce que s’ils ne sont pas sensibilisés aux traumatismes, ils risquent de causer des préjudices. »

– Participant au groupe de discussion

- « Les recherches nous ont montré que la tolérance au stress dans le milieu de travail [...] menait à l’éloignement social. Les pratiques contemplatives aident à supporter le stress en milieu de travail et permettent ainsi aux gens de demeurer ouverts et engagés, et plus aptes à fournir des soins de qualité, [ce qui réduit la stigmatisation]. »

– Répondant clé

Recommandations clés

À la lumière des constatations relevées dans le présent rapport, nous recommandons les stratégies suivantes :

1. **Élaborer des stratégies globales d’intervention et de réduction de la stigmatisation à l’intention des intervenants de première ligne.** Ces stratégies pourraient s’attaquer à la stigmatisation, qui est un frein important à la demande d’aide et à la qualité des soins, ainsi qu’au niveau élevé de méfiance des personnes ayant un savoir expérientiel face au système de santé. Pour ce faire, les organisations pourraient :
 - se servir de la présente recherche et du cadre élaboré grâce à l’étude auprès des répondants clés pour orienter leurs plans, leurs concepts et leurs interventions;
 - mettre à profit les leçons apprises et les connaissances fondées sur des données probantes pour lutter contre la stigmatisation entourant la maladie mentale dans les soins de santé (incluant les modèles et les lignes directrices¹ de mise en œuvre et les ingrédients clés²) tout en confiant un rôle de premier plan aux personnes ayant un savoir expérientiel dans la création des interventions.
 - mettre l’accent sur l’amélioration des attitudes et des comportements chez les premiers répondants et cultiver la satisfaction de compassion, la compréhension et la confiance;
 - intégrer un mécanisme d’évaluation et un cadre de surveillance rigoureux aux interventions afin d’assurer que celles-ci atteignent leurs buts.
2. **Évaluer l’efficacité et la rentabilité des approches et des stratégies prometteuses présentées dans ce projet.** Les approches et les interventions qui fonctionnent pourront être reproduites, partagées et diffusées à l’échelle du pays.

¹ Voir p. ex. Knaak et Patten, 2016.

² Voir p. ex. Knaak, Modgill et Patten, 2014.

3. **Résoudre les dilemmes éthiques vécus par certains premiers répondants et fournisseurs de première ligne concernant les clients à haut taux de récurrence et les mesures de secours d'urgence (p. ex. le Narcan) qui pourraient accroître les comportements à risque dans certaines circonstances.** Il serait important d'examiner cette question plus en profondeur dans une étude distincte.
4. **Accroître l'utilisation d'un langage non stigmatisant et mettre en place des lignes directrices encadrant les pratiques exemplaires sur la terminologie et le langage associés aux opioïdes.** Les décideurs, les professionnels et les dirigeants d'organisations seraient particulièrement efficaces à la tête d'une telle initiative.
5. **Accorder une attention prioritaire aux obstacles systémiques et aux lacunes en matière de traitements.** Cette stratégie englobe la nécessité de reconnaître, de comprendre et de systématiquement régler les problèmes liés :
 - aux pratiques et aux politiques punitives ou créant des obstacles;
 - aux insuffisances en matière d'accès et de qualité des traitements;
 - à l'attribution des ressources;
 - à d'autres obstacles au niveau des politiques ou des systèmes qui portent atteinte à la qualité des soins et du soutien prodigués aux personnes ayant des problèmes de consommation d'opioïdes.
6. **Assurer que les efforts consacrés à la prévention et aux politiques de prévention tiennent compte de la stigmatisation.** Des initiatives de lutte contre la stigmatisation destinées au public doivent aussi être mises en place. Bien que nous recommandions de réaliser des recherches afin de mieux comprendre et enrayer la stigmatisation touchant les personnes ayant des problèmes de consommation d'opioïdes ou d'autres substances, il est possible d'utiliser des connaissances existantes sur les pratiques exemplaires, ainsi que les constats pertinents de la présente étude pour réduire la stigmatisation entourant la maladie mentale³.

³Voir, p. ex., Corrigan, Morris, Michaels, Rafacz et Rusch, 2012.

1. INTRODUCTION ET CONTEXTE

Le Canada traverse actuellement une crise des opioïdes. En 2016, on a recensé environ 3 014 décès apparemment liés aux opioïdes au Canada, ce qui correspond à un taux de mortalité de 8,3 par 100 000 habitants (gouvernement du Canada, 2018). Et le nombre ne cesse d'augmenter depuis. En 2017, le nombre de décès était estimé à 3 998 (taux de mortalité de 10,9 par 100 000 habitants); 2 066 décès liés aux opioïdes ont eu lieu au cours des six premiers mois de 2018, dont 94 % étaient accidentels (gouvernement du Canada, 2018). Les données recueillies révèlent par ailleurs que l'Ouest du Canada affiche le nombre le plus élevé de décès par habitant, avec des taux de plus de 10,0 par 100 000 habitants au Yukon, dans les Territoires du Nord-Ouest, en Colombie-Britannique et en Alberta (gouvernement du Canada, 2018). En outre, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) estime que le taux d'hospitalisations par suite d'intoxications aux opioïdes a augmenté de 53 % au cours des 10 dernières années, pour atteindre 15,6 personnes par 100 000 habitants; près de la moitié de cette augmentation s'est produite dans les trois dernières années (ICIS, 2017a). Encore une fois, c'est dans l'Ouest canadien qu'on retrouve les taux les plus élevés, bien que certaines régions métropolitaines de l'Ontario et de l'Est du Canada affichent également des taux particulièrement élevés, par exemple London, Peterborough, Thunder Bay et Saint John (ICIS, 2017b).

On en sait peu sur la stigmatisation entourant les troubles liés à la consommation de substances intoxicantes au sein de la population canadienne, y compris chez les premiers répondants et les fournisseurs de soins de santé canadiens qui se trouvent aux premières lignes de cette crise. La perception négative du public envers les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale et de consommation de substances est préoccupante parce qu'elle peut s'infiltrer dans les pratiques professionnelles et organisationnelles, où elles risquent de saper les interventions en matière de santé (Stuart, 2019). Au chapitre des problèmes de consommation de substances, la norme culturelle dominante dans des pays comme les États-Unis est un amalgame des perspectives criminelle et pathologique. Malgré des tentatives menées de longue date pour intégrer les problèmes de consommation de substances à un modèle médical, ces troubles demeurent lourdement chargés de symbolisme négatif et font l'objet d'une forte stigmatisation (Room, 2005). Les personnes aux prises avec des problèmes de drogues sont souvent blâmées pour leur dépendance et perçues comme impossibles à traiter et incapables de se rétablir (Crisp et coll., 2000). En outre, il est difficile de déterminer dans quelle mesure la mentalité américaine de « guerre contre les stupéfiants » s'est infiltrée dans la conscience canadienne, et si ce phénomène a modifié la gestion que font actuellement notre système de santé et les premiers répondants des personnes à risque de vivre une surdose d'opioïdes.

Pour concevoir des interventions appropriées en vue d'enrayer la stigmatisation et d'améliorer la qualité des services de première ligne, nous devons mieux comprendre les attributs et les caractéristiques de la stigmatisation entourant les problèmes de consommation d'opioïdes et d'autres substances, et cela doit se faire selon les perspectives des premiers répondants, des responsables clés des politiques et des programmes, ainsi que des personnes ayant des antécédents de consommation d'opioïdes et de dépendance. Nous devons découvrir à quoi ressemble la stigmatisation des personnes ayant des problèmes de consommation d'opioïdes ou d'autres substances. Concrètement, nous devons apprendre d'où elle provient, comment elle se manifeste, comment elle influence la demande et l'obtention d'aide, comment elle influence la qualité des soins et l'accessibilité des services, et comment elle peut être combattue et éradiquée efficacement.

Pour commencer à résoudre ces questions, l'équipe de *Changer les mentalités*, l'initiative de lutte contre la stigmatisation de la Commission de la santé mentale du Canada, a entrepris un projet de recherche grâce au financement de Santé Canada. Ce projet poursuivait trois grands objectifs :

- Acquérir une meilleure compréhension du rôle éventuel des mécanismes de stigmatisation dans la prestation de services pour des problèmes de consommation d'opioïdes et d'autres substances. Cette connaissance approfondie permettrait d'aider les gouvernements et d'autres acteurs à prendre des décisions en matière de prestation de services et de politiques.
- Déterminer et expliquer les besoins en matière d'apprentissage chez les intervenants de première ligne (p. ex. le personnel des services d'urgence, les services d'incendie et de police, les ambulanciers paramédicaux, les travailleurs de proximité et d'autres travailleurs aux premières lignes) en ce qui concerne la stigmatisation des personnes ayant des problèmes de consommation d'opioïdes ou d'autres substances, et ce, afin d'orienter la création d'interventions appropriées et efficaces.
- Établir des mesures pouvant servir à évaluer les initiatives de lutte à la stigmatisation destinées aux premiers répondants, qui sont à l'avant-poste de la crise des opioïdes au Canada.

On s'attend à ce que les conclusions de ce projet facilitent la prise de décisions des gouvernements et d'autres partenaires en ce qui concerne la prestation des services et les politiques. De plus, comme cette recherche définit les besoins précis en matière d'apprentissage des premiers répondants et d'autres fournisseurs de soins de santé de première ligne et de services sociaux relativement à la stigmatisation des personnes ayant des problèmes de consommation d'opioïdes ou d'autres substances, ses conclusions pourraient guider le repérage et l'élaboration d'interventions appropriées de lutte contre la stigmatisation. En troisième lieu, l'échelle élaborée à la lumière de cette recherche sera offerte comme outil de mesure en libre accès. Elle pourra ainsi servir à évaluer l'efficacité d'interventions ciblant les problèmes relatifs à la stigmatisation, ainsi qu'à mesurer les attitudes et les comportements des premiers répondants et d'autres fournisseurs de services aux premières lignes de la crise des opioïdes.

2. MÉTHODES, PRINCIPALES ACTIVITÉS, ÉCHÉANCIERS

Le projet consistait en un programme de recherche à méthodes combinées d'une durée d'un an et demi, commandé par Santé Canada. Les travaux ont débuté à l'automne 2017 et ont été achevés à la fin de mars 2019. Le projet se divisait en trois composantes principales : un examen exploratoire de la littérature scientifique et grise; une étude menée auprès de répondants clés; et une étude sur l'élaboration d'une échelle de mesure. Les universités de Calgary (Calgary) et Queen's (Kingston) ont accordé leur approbation déontologique au projet.

2,1 Examen exploratoire

L'examen exploratoire avait pour but de comprendre la nature de la stigmatisation entourant les opioïdes (et la consommation de substances en général) et la mesure dans laquelle la stigmatisation amoindrit l'efficacité des interventions dans le cadre de la crise des opioïdes. Cet examen a été réalisé par Heather Stuart de l'Université Queen's et a été présenté à Santé Canada en mars 2018. Les points saillants des constatations ressortant de cet examen exploratoire sont présentés à la **section 3**, ci-dessous. De plus, un manuscrit invité basé sur les constats issus de cet examen qui s'intitule *Managing the Stigma*

of Opioid Use a récemment été publié dans la revue *Health care Management Forum* (<https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0840470418798658>). Cet article est reproduit à l'Annexe A.

2,2 Étude auprès de répondants clés

Pour cette composante du projet, des entretiens ont été réalisés avec des groupes de discussion et des répondants clés, qui étaient des professionnels de la santé et des premiers répondants, des personnes ayant des antécédents de consommation de drogues, notamment d'opioïdes, des décideurs et d'autres fournisseurs de services, afin de dresser un portrait plus clair des principales questions entourant la stigmatisation aux premières lignes de cette crise.

Des groupes de discussion ont été organisés dans chacune des cinq régions du Canada, afin d'assurer l'inclusion de sites où les taux de décès et d'hospitalisations liés aux opioïdes étaient jugés particulièrement élevés. Cela permettait également d'assurer une large représentation d'opinions, de points de vue et d'expériences de plusieurs groupes de répondants clés (les professionnels de la santé de première ligne, les services de police, paramédicaux, d'incendie, de proximité et les services sociaux) de manière à effectuer la triangulation des données avec toute la rigueur requise (Breitmayer, Ayres et Knafl, 1993). Les points de vue et les opinions des personnes ayant des antécédents de consommation d'opioïdes ou d'autres substances ont aussi été sollicités.

En tout, huit groupes de discussion ont été menés de janvier à mars 2018 : six avec des groupes de premiers répondants et deux avec des personnes ayant vécu des problèmes de consommation d'opioïdes ou d'autres substances (voir le **Tableau 1**). Des candidats ont été trouvés au moyen d'une méthode d'échantillonnage en boule de neige, principalement par l'entremise de contacts dans les sites que nous avions ciblés. Puis, les répondants ont été sélectionnés en fonction des besoins d'information définis à partir des données et des thèmes des groupes de discussion pour lesquels la saturation n'avait pas été atteinte (c'est-à-dire que de nouvelles informations continuaient d'émerger). Au total, 15 entrevues ont été réalisées, ce qui a permis d'atteindre le point de saturation. Les entretiens avec les répondants clés ont été effectués de janvier à juillet 2018; notons cependant que la majorité de ces entrevues ont été réalisées de janvier à mars 2018. Le **Tableau 1** contient les détails concernant les groupes de discussion et les entrevues avec les répondants clés.

Les principaux sujets traités au cours des entretiens et dans les groupes de discussion étaient les suivants :

- Les principaux problèmes liés à la consommation de substances et à l'intoxication aux opioïdes au sein de la communauté locale.
- En quoi les problèmes liés à la consommation d'opioïdes ressemblent-ils ou diffèrent-ils des problèmes liés à la consommation d'autres substances?
- À quoi ressemble la stigmatisation et en quoi nuit-elle à l'aide et aux services fournis aux personnes ayant des problèmes liés à la consommation d'opioïdes?
- La définition des besoins en matière d'apprentissage des premiers répondants et des fournisseurs de première ligne, ainsi que le recensement des approches et des pratiques prometteuses dans la lutte contre la stigmatisation.

Une analyse thématique des données qualitatives a été réalisée en suivant les étapes décrites par Braun et Clarke (2006). Ces étapes étaient les suivantes : 1) la familiarisation avec les données et l'immersion

dans celles-ci; 2) la génération initiale de codes; 3) l'analyse interprétative des codes compilés en trois grands thèmes et sous-thèmes; 4) l'examen de ces thèmes en rapport avec les extraits codés et la génération d'une carte thématique; 5) le peaufinage et la définition des thèmes et des sous-thèmes éventuels en vue d'harmoniser davantage le portrait dressé par les données; et 6) le compte rendu des résultats de l'analyse de manière à démontrer le mérite et la validité de l'analyse en illustrant celle-ci par des extraits appropriés se rapportant aux thèmes définis, aux questions de recherche et à la littérature existante (Braun et Clarke, 2006). Les transcriptions des échanges tenus en groupes de discussion et lors des entretiens ont été organisées par question pour faciliter le processus de codage et d'analyse.

L'ensemble du travail de codage et d'analyse a été réalisé par les chercheuses principales, Stephanie Knaak et Heather Stuart. Les données agrégées de cette partie de la recherche sont décrites à la **Section 4**, ci-dessous. Tous les renseignements permettant d'identifier les participants aux groupes de discussions et aux entretiens ont été retirés pour préserver leur anonymat, comme promis. Les extraits ont simplement été attribués à un « répondant clé » ou à un « participant à un groupe de discussion ». Une désignation de « personne ayant un savoir expérientiel » a aussi été ajoutée aux extraits fournis par des participants qui se présentaient comme des personnes ayant des antécédents de consommation d'opioïdes ou d'autres substances.

Tableau 1. Détails sur les groupes de discussion et les entretiens avec les répondants clés

Date	Endroit	Nbre de participants	Type de participants	Précisions
15 janv.	Winnipeg	10	PR*	Services médicaux d'urgence, police, soins de santé (personnel infirmier, médecin; traitements, urgences) santé publique, refuges/services de proximité
15 janv.	Winnipeg	5	Personnes ayant un savoir expérientiel*	Tous des hommes, en traitement
1 ^{er} fév.	St. John's	6	PR	Services d'incendie, de police, d'urgence; refuges
15 fév.	Calgary	10	PR	Services médicaux d'urgence, police, soins de santé (personnel infirmier, médecin; traitements; urgences), refuges/services de proximité
22 fév.	Toronto	4	PR	Services d'incendie, d'urgence et de police
23 fév.	Québec (ville)	6	PR	Services de police, soins de santé (en français)
5 mars	Vallée du bas Fraser (C.-B.)	6	PR	Refuges/services de proximité, services médicaux d'urgence, police, soins de santé
5 mars	Vallée du bas Fraser (C.-B.)	18	Personnes ayant un savoir expérientiel	Groupe d'autonomie sociale; groupe de discussion mené lors d'une rencontre régulière du groupe
15 janv. au 12 juil.	Partout au Canada	15	Divers	Les répondants clés occupaient des postes en lien avec les personnes ayant un savoir expérientiel; la réduction de la stigmatisation; le soutien par les équipes d'intervention mobiles et les premiers répondants; les politiques; les formations et les programmes d'éducation; les communautés rurales et éloignées; la défense des intérêts; le rétablissement; les perspectives autochtones.

*PR : premiers répondants

2,3 Étude sur l'élaboration d'une échelle de mesure

La troisième phase de ce projet se fondait sur les résultats de la recherche qualitative et de l'examen exploratoire. Elle portait sur l'élaboration d'une mesure (c.-à-d. une échelle) pouvant servir à évaluer les retombées d'initiatives et de programmes conçus pour répondre aux besoins d'apprentissage des

premiers répondants, au sujet de la perpétuation d'attitudes ou de comportements stigmatisants à l'égard des personnes ayant des problèmes de consommation d'opioïdes et des personnes à risque d'intoxication aux opioïdes et de surdose. Aucune échelle de ce type n'existe actuellement. Cette partie de l'étude se divisait en trois principales activités : la création de domaines clés et la génération d'un bassin d'éléments; des réunions de consultation avec des experts et des entretiens cognitifs avec des premiers répondants aux fins d'examen des domaines et des éléments proposés; et la finalisation et la mise à l'essai de l'échelle. La création des domaines clés et la génération du bassin d'éléments ont été achevées en juillet 2018. Les consultations d'experts et les entretiens cognitifs avec les premiers répondants se sont déroulés de septembre 2018 à janvier 2019. Trois rencontres de consultation d'experts, réunissant chacune de cinq à huit participants, et quatre entretiens individuels ont été organisés.

Une fois l'ébauche de l'échelle terminée, celle-ci a été mise à l'essai sous la forme d'un sondage électronique anonyme mené auprès d'environ 50 premiers répondants, à savoir des policiers, des fournisseurs de soins de santé, des ambulanciers paramédicaux et des pompiers, en février 2019. L'analyse des données, qui incluait une évaluation des propriétés psychométriques, a été effectuée en mars 2019. Les résultats du test psychométrique seront détaillés dans un prochain article, qui paraîtra dans une revue révisée par des pairs. La version finale de l'instrument de mesure développé par *Changer les mentalités* s'intitule : "Échelle de mesure des interventions de lutte contre la stigmatisation associée aux opioïdes à l'intention des premiers répondants et des fournisseurs de soins de première ligne".

3. RÉSUMÉ DES PRINCIPALES CONSTATIONS ISSUES DE L'EXAMEN EXPLORATOIRE

Ci-dessous se trouve un résumé des principaux constats ressortant de l'examen exploratoire effectué dans le cadre de cette étude. Le rapport complet [citation suggérée : Stuart, H. *Titre du rapport*, Ottawa, initiative *Changer les mentalités* de la Commission de la santé mentale du Canada, 2018] avait été soumis à Santé Canada précédemment. La version publiée par la suite, intitulée *Managing the Stigma of Opioid Use* est reproduite à l'**Annexe A**.

- L'émergence du fentanyl a causé une crise de santé publique au Canada et à l'étranger à laquelle il faut remédier sans tarder. La puissance inconnue du fentanyl et d'autres opioïdes synthétiques, conjuguée au fait que les utilisateurs ignorent souvent qu'ils en consomment, signifient que les personnes qui prennent des drogues courent un risque de surdose et de décès.
- Le gouvernement du Canada suit de près la crise des opioïdes et met régulièrement à jour les données de surveillance qui décrivent des décès apparemment liés aux opioïdes. En 2017, la majorité (92,2 %) des décès attribuables aux opioïdes ont été déterminés accidentels (non intentionnels).
- Dans l'ensemble, la littérature sur la stigmatisation associée à la consommation de drogues est rare et largement qualitative. Il est difficile de trouver des études sur la consommation d'opioïdes même si ce sujet fait souvent les manchettes. En ce qui concerne la consommation de drogues en général, les données démographiques provenant de différents pays, notamment le Canada, brossent un portrait uniforme. Les personnes ayant des troubles associés à la consommation de substances sont les groupes les plus stigmatisés parmi tous les groupes minoritaires. Les stéréotypes négatifs sont axés sur le blâme et la dangerosité.

- Les études sur la réaction du public à l'égard des personnes qui consomment des drogues révèlent une propension aux approches punitives qui limitent les activités et enfreignent les droits et les libertés de ces personnes. Les mesures stigmatisantes sont considérées comme un facteur dissuasif acceptable et sont souvent utilisées pour tenter de réduire les comportements dommageables. Les approches axées sur la réduction des préjudices ne sont pas préconisées dans le domaine de la santé publique, malgré les données qui démontrent leur efficacité.
- La consommation d'opioïdes est chargée de toutes les connotations morales négatives liées à l'usage de drogues illicites et davantage. Dans le contexte de la crise des opioïdes, les médias diffusent de plus en plus d'images montrant des personnes en surdose dans les rues, ce qui vient renforcer l'impression que ces personnes sont imprévisibles et dangereuses, et que le seul moyen pour remédier à la crise est l'action en justice pénale. Souvent, des policiers et d'autres premiers répondants se trouvent sur ces scènes. On fait peu de cas du fait qu'une grande proportion des personnes dépendantes aux opioïdes le sont devenues en raison d'une surprescription de leur médecin.
- Le recours à une médication de maintien est largement reconnu comme une pratique exemplaire pour traiter les dépendances aux opioïdes. Ce traitement est toutefois très stigmatisé, ce qui fait qu'environ seulement une personne sur quatre ayant un trouble lié à la consommation d'opioïdes en bénéficie.
- La stigmatisation qui entoure la consommation de drogues, particulièrement des opioïdes, fait en sorte qu'il est difficile de présenter la crise des opioïdes comme un problème de santé publique. Les interventions policières ciblant le trafic de drogues illicites sont souvent privilégiées, au détriment d'approches mettant l'accent sur la prévention et le traitement.
- Des données montrent que le fait de présenter des personnes dont le traitement a fonctionné à certains groupes en particulier, comme les employeurs, les fournisseurs de soins ou les premiers répondants, constituait une stratégie prometteuse de lutte contre la stigmatisation. Ces constats concordent avec de nombreuses études réalisées dans le domaine de la santé mentale qui misent sur l'éducation fondée sur l'interaction et les récits de rétablissement pour réduire les attitudes stéréotypées et l'intolérance dans la société. Les expériences de l'initiative Changer les mentalités de la Commission de la santé mentale du Canada ont montré que les programmes de lutte contre la stigmatisation prônant l'éducation fondée sur l'interaction avec des personnes ayant un savoir expérientiel sont efficaces dans différents milieux, et qu'ils ont des retombées plus importantes que les campagnes éducatives auprès de la population. Ainsi, il est probable qu'une approche semblable appliquée à la stigmatisation entourant les opioïdes génère des résultats prometteurs.
- L'évitement causé par la stigmatisation est une problématique à laquelle il faut remédier pour assurer l'accès aux services disponibles, surtout compte tenu de l'importance accordée à l'offre d'une vaste gamme de services de traitement au Canada. L'une des conséquences majeures de la stigmatisation est que les personnes visées évitent de demander un traitement approprié, même si celui-ci est disponible, afin de ne pas être étiquetées et stigmatisées. Elles se sentent honteuses et gênées et tentent de cacher leur état.
- Parmi les groupes qui pourraient bénéficier des stratégies de réduction de la stigmatisation autour des opioïdes, on retrouve les utilisateurs d'opioïdes eux-mêmes (pour lutter contre

l'autostigmatisation), les jeunes à risque (comme les étudiants à l'université), les premiers intervenants, le personnel des dispensaires, les médias et les professionnels de la santé (particulièrement les médecins et le personnel des urgences).

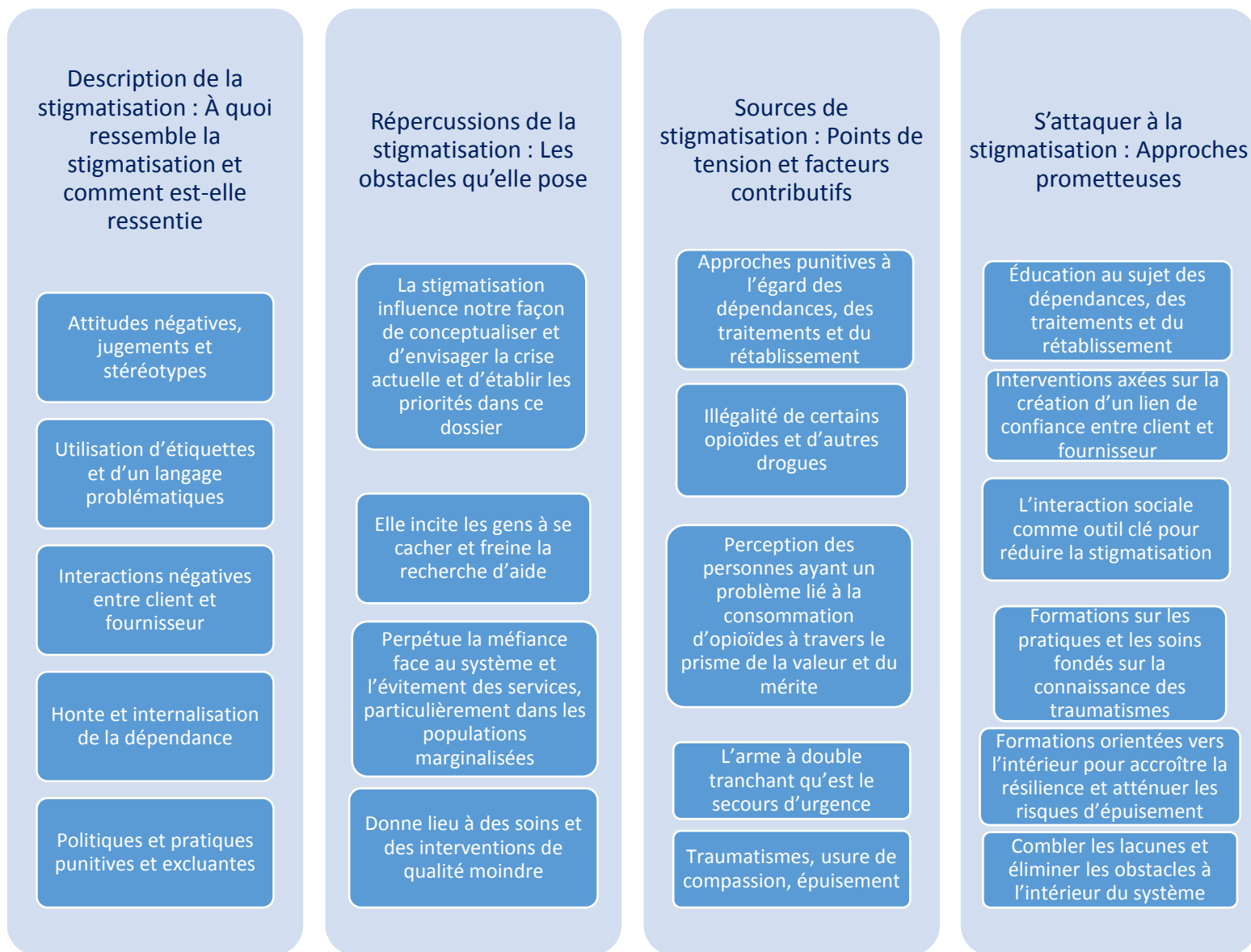
4. CONSTATATIONS : ÉTUDE MENÉE AUPRÈS DES RÉPONDANTS CLÉS

Les résultats de l'étude réalisée auprès des répondants clés ont été répartis en quatre grandes catégories, qui coïncident avec les principaux sujets traités lors des échanges tenus dans les groupes de discussion et lors des entretiens avec les répondants clés. Ils nous renseignent sur les principales opinions émises, les expériences vécues, les points de tension rencontrés, les stratégies prometteuses pour les efforts de réduction de la stigmatisation, ainsi que les principaux besoins d'apprentissage et de soutien des fournisseurs de première ligne et des premiers répondants dans le dossier de la crise des opioïdes. Les résultats sont résumés à la **Figure 1** et présentés en détail ci-dessous.

4a. Description de la stigmatisation : À quoi ressemble la stigmatisation et comment est-elle ressentie

De nombreuses facettes de la stigmatisation sont ressorties des discussions avec les premiers intervenants et les répondants clés. Ci-dessous sont présentées les principales descriptions de la stigmatisation offertes par les participants, dans le contexte de la crise actuelle des opioïdes – et des problèmes de consommation d'opioïdes et d'autres substances en général – et des interactions des personnes concernées avec les premiers répondants et les fournisseurs de première ligne.

Figure 1. Résumé des constatations issues de l'étude auprès des répondants clés : Descriptions, sources, conséquences et solutions dans le dossier de la stigmatisation associée à l'utilisation d'opioïdes aux premières lignes de la crise des opioïdes au Canada



4a1. Attitudes négatives, jugements et stéréotypes

Les participants ont indiqué que la stigmatisation se manifestait par de nombreuses attitudes négatives, et par des jugements à l'égard des personnes ayant des problèmes de consommation d'opioïdes ou d'autres substances. Ces attitudes et jugements tendaient à confluer autour de la croyance générale que les problèmes de consommation d'opioïdes et d'autres substances relevaient d'un choix individuel, que les personnes qui en souffraient en étaient personnellement responsables et qu'elles devaient porter le blâme de leurs problèmes. Le jugement négatif des personnes ayant des problèmes de consommation

d'opioïdes ou d'autres substances était un thème clé de cette partie. Les participants ont affirmé que les attitudes et les jugements négatifs étaient à la fois ressentis et manifestés dans les interactions publiques et dans les contacts client-fournisseur, de même que dans les espaces publics de façon plus générale.

Les commentaires suivants illustrent ce phénomène :

On le constate dans l'attitude générale. Nous en sommes tous victimes. On dirait que tout le monde nous juge. (participant au groupe de discussion, ayant un savoir expérientiel)

Je crois que les gens commencent par supposer – corrigez-moi si je me trompe – que vous faites un mésusage de la substance. Or, le mésusage présente un danger. Ainsi, toute personne ayant un problème de dépendance est suspecte. Pour cette raison, nous ne pouvons pas traiter cette situation comme un problème de santé légitime. (participant au groupe de discussion)

Dès qu'une personne porte l'étiquette de dépendante ou de consommatrice de drogue, elle ne compte plus. Ce n'est probablement pas le cas de toutes les personnes, mais la plupart sont ignorées par des intervenants qui affirment qu'elles ont fait un choix. Il est très facile de juger ces personnes, de clamer qu'elles sont responsables et de les mépriser lorsqu'on est confortablement assis dans une belle demeure avec une belle vie parfaite. Bref, ce que je constate, aux premières lignes, c'est que ces personnes sont tout simplement ignorées en raison des mauvaises décisions qu'elles auraient prises. Sans reconnaître la série de circonstances qui les ont menées sur le chemin de la drogue. (participant au groupe de discussion)

Les participants ont également décrit les attitudes et les jugements négatifs qui accompagnent les stéréotypes courants concernant les personnes perçues comme des « utilisateurs » ou « à risque » d'intoxication. Ils ont précisé que les associations stéréotypées entre la consommation de drogue et les populations marginalisées vivant dans la rue – qui sont l'image même des personnes consommant des drogues ou à risque d'intoxication aux opioïdes – naissent dans les attitudes et les jugements stigmatisants en même temps qu'elles les renforcent :

On s'imagine que la consommation de drogues injectables a lieu seulement au sein de groupes stéréotypés, comme les sans-abris, alors qu'en réalité, bon nombre de sans-abri ne prennent pas de drogues injectables. (participant au groupe de discussion)

On trouve beaucoup de stigmatisation autour des consommateurs et du profil des consommateurs. (participant au groupe de discussion)

À mon avis, on assiste à un phénomène de deux poids, deux mesures en ce qui concerne la stigmatisation. Il existe un premier groupe d'utilisateurs occasionnels, qui comprend, par exemple, un jeune de la banlieue qui s'intoxique au fentanyl lors d'une fête. Ce groupe reçoit beaucoup de compassion. Le deuxième groupe est une population marginalisée qui comprend les grands utilisateurs. Ce groupe reçoit beaucoup moins de compassion. (répondant clé).

Il y a quelques années, j'ai eu un accident d'auto et j'ai dû être hospitalisé. Quand le médecin a vu que j'avais en main un formulaire pour personnes sans domicile fixe, il n'a

même pas voulu me toucher. Il n'a même pas voulu que j'enlève ma chemise pour vérifier ma respiration ni quoi que ce soit. Je venais de me faire frapper par une voiture roulant à 100 km/h. Mais à cause de ce bout de papier où il était écrit « sans domicile fixe », j'étais un déchet. J'ai été stigmatisé, et le médecin a dû supposer que j'étais aussi un junkie. Mais ce n'était pas le cas. Je ne prenais pas de drogues injectables ni quoi que ce soit. Mais l'absence d'adresse fixe, c'est l'un des renseignements sur lequel le médecin a tout de suite sauté. Il s'est dit : « Il est sans abri. Il est probablement ici seulement pour recevoir des médicaments ». On fait des associations, vous voyez ce que je veux dire? (participant au groupe de discussion, ayant un savoir expérientiel)

Fait important, les participants ont souligné que le recours à des stéréotypes négatifs était particulièrement prononcé à l'égard des populations autochtones :

La stigmatisation est exercée par les groupes dominants, dans leur ensemble. Beaucoup de gens font référence [aux Autochtones] comme à des « Indiens ivrognes ». Les membres des Premières Nations qui consomment des substances sont victimes d'une grande stigmatisation de la part de la population générale, et ils le sentent. (répondant clé)

Par exemple, lorsqu'une personne autochtone perd connaissance en pleine rue parce qu'elle a trop bu, elle est jugée. Mais si une personne non autochtone s'enivre et perd connaissance à la maison, sur son divan, la seule distinction est que cette dernière a un domicile et l'autre, non. De même, si je vais prendre un verre de vin avec mon amie non autochtone alors que je suis autochtone, il y aura des jugements ou une forme de malaise ou d'inconfort à mon égard parce que je bois, ce qui n'arrivera pas à mon amie. Ce phénomène se produit continuellement. Et c'est inacceptable. (répondant clé)

4a2. Utilisation d'étiquettes et d'un langage problématiques

Les participants ont également signalé que la stigmatisation était présente dans le langage et la terminologie employés pour décrire les personnes ayant un problème de consommation d'opioïdes ou d'autres substances. De nombreux termes demeurent couramment utilisés au quotidien pour décrire les problèmes de consommation de substances : sale, *clean*, mésusage, abus de drogue, accro. Toutefois, les répondants étaient d'avis que ces termes étaient de plus en plus dépassés parce qu'ils véhiculent des connotations stigmatisantes. Le commentaire suivant en témoigne :

Accro. Ce terme me pose problème. Il laisse entendre qu'être « un accro » est toute mon identité, ce qui me définit comme personne. Je n'aime pas le terme « abus » non plus parce qu'il individualise le problème et jette le blâme sur la personne. À mes yeux, le geste le plus important à poser serait de toujours employer un langage qui donne la priorité à la personne. (répondant clé, ayant un savoir expérientiel)

Dans cette optique, certains répondants estimaient que l'utilisation du terme « surdose » pour décrire les intoxications non intentionnelles était problématique :

Tout ce que nous pouvons faire pour réduire la stigmatisation associée à la crise, nous le faisons. Par exemple, dans nos communiqués de presse, nous essayons d'éviter le terme « surdose ». Si les services de police constatent un décès qu'ils doivent déclarer, ils vont utiliser le terme « intoxication accidentelle aux opioïdes ». C'est un terme officiel, un terme médical. Comme ça, les gens ne font pas un lien automatique avec une surdose.

(participant au groupe de discussion)

J'utilise le mot « surdose » parce qu'il est tellement enraciné. Personnellement, je ne le perçois pas comme un mot connoté ou stigmatisant, mais je peux comprendre que ce soit le cas pour certains. Empoisonnement est peut-être un terme plus approprié. Il décrit bien la réalité, puisqu'on ne sait pas toujours ce que la substance contient vraiment. (répondant clé)

D'autres termes stigmatisants mentionnés sont moins subtils et clairement plus méprisants, comme l'illustrent les commentaires suivants :

L'hôpital a un acronyme pour les personnes qui ont vécu des surdoses et qui souffrent de dépendance : ANDY. Vous en avez déjà entendu parler? ANDY? « Addict Not Dead Yet » (accro pas encore mort). (participant au groupe de discussion, ayant un savoir expérientiel)

Depuis quelque temps, une croyance semble se répandre dans le milieu paramédical, entre autres, voulant que la crise des opioïdes s'inscrive dans un processus de sélection naturelle. (répondant clé)
La stigmatisation se fait particulièrement ressentir dans les petites villes, où les gens font ouvertement référence aux « drogués » sur les réseaux sociaux. (répondant clé)

Surtout, les répondants ont été nombreux à souligner qu'à l'exception d'expressions et de termes ouvertement négatifs, le nœud du problème n'était pas tant le langage lui-même que la manière dont le langage est utilisé pour consolider la distance sociale, et pour dévaloriser les personnes ayant vécu des problèmes de consommation d'opioïdes ou d'autres substances. Le commentaire suivant va dans ce sens :

L'utilisation du langage illustre comment les biais apparaissent. « Ces gens-là », « eux », « ils », autant de termes pour désigner « l'autre ». L'intention derrière le langage est plus importante que les mots en eux-mêmes. (répondant clé)

4a3. Interactions négatives entre client et fournisseur

Si la stigmatisation a été décrite comme un phénomène touchant les attitudes, les perceptions et le langage, les participants ont indiqué qu'elle était aussi éminemment présente dans les rencontres et les interactions entre clients et fournisseurs de services. Comme l'illustre le commentaire ci-dessous, les répondants ont signalé que la stigmatisation apparaissait dans le cadre d'expériences causant un sentiment de dévalorisation, de dégradation et de négligence lors des contacts avec les premiers répondants et autres fournisseurs de soins de santé.

Je suis en rétablissement depuis des années, mais mon dossier demeure marqué d'un drapeau rouge à l'hôpital. Lorsque je m'y rends [pour une consultation], je reçois un excellent accueil. Puis, dès que mon nom est entré dans le système, le ton change drastiquement. C'est lamentable. Je reçois un service exécrationnel. (participant au groupe de discussion, ayant un savoir expérientiel)

Un grand nombre des patients que nous conduisons, par exemple, à l'hôpital, nous disent « Non, je ne veux pas y aller, c'est trop dégradant ». (participant à un groupe de discussion)

J'ai déjà vu un cas où un homme qui a vécu une surdose a constaté qu'il avait une grosse

bosse sur sa tête, sans savoir d'où elle venait. On a découvert que c'était un genre d'abcès. Il avait donc cette plaie béante sur son crâne. Les ambulanciers sont arrivés et ont été tellement grossiers. Un homme risquait de mourir, mais ils ont été très impolis et méprisants. Ils sont carrément partis en le laissant sur place. Ils lui ont dit « Qu'est-ce que tu as pris? » (participant au groupe de discussion, ayant un savoir expérientiel)

Dans la communauté, on entend souvent parler de personnes qui sont admises aux urgences et qui y reçoivent de mauvais traitements, ou encore qui se font repousser au bout de la liste d'attente. Ce n'est pas une expérience agréable pour les personnes étiquetées comme consommatrices de substances, et ce, même si elles ont besoin de soins qui n'ont rien à voir avec leur consommation. C'est l'étiquette qui prend le pas. (répondant clé)

Dans notre département, beaucoup d'employés s'en moquent. Ils ne se soucient absolument pas de ces personnes. Ils les traitent probablement moins bien qu'ils traiteraient des animaux, alors qu'il est question d'êtres humains. Donc la stigmatisation est grande, très grande. Particulièrement s'ils interviennent auprès d'une personne qu'ils ont déjà traitée le même jour; ils diront « Nous t'avons donné du Narcan ce matin, et tu es déjà de retour ». (participant au groupe de discussion)

[Lorsqu'une personne se présente pour recevoir de l'aide], nous savons que les employés les regardent de travers. Ces clients ne sont pas les bienvenus et ne sont pas acceptés. Et ils sentent l'animosité et le jugement. Ça nous complique encore davantage la tâche de les conduire à un établissement de soins. On réussit à les convaincre de s'y rendre, on ouvre la porte, ils se présentent, seulement pour être jugés et rejetés. (participant au groupe de discussion)

4a4. Honte et internalisation de la dépendance

Une autre importante facette de la stigmatisation qui a émergé des échanges tenus en groupes de discussion et lors des entretiens est l'internalisation de la stigmatisation et le sentiment de honte. Le commentaire suivant le démontre :

Je me répétais constamment que je ne valais rien, que je ne méritais rien de tout ça, que je devrais juste partir et me tuer, ou quelque chose du genre. Beaucoup de gens autour de moi me laissaient entendre que j'étais un déchet humain, que j'agissais très mal et qu'ils n'attendaient rien de bon pour moi. À force d'entendre ce discours, j'ai fini par le croire. (participant au groupe de discussion, ayant un savoir expérientiel)

Actuellement, le plus grand problème est que des utilisateurs de la classe moyenne, en banlieue, refusent de se décrire comme des consommateurs de drogues ou comme dépendants en raison de la stigmatisation. (participant au groupe de discussion)

Très souvent, les gens internalisent leur dépendance. Ils disent « Je m'appelle [nom] et je suis un accro », au lieu de « Je m'appelle [nom] et j'ai un problème de dépendance. » À mes yeux, la différence est grande. Par analogie, on ne dirait pas « Je m'appelle [nom] et je suis le cancer », mais plutôt « Je m'appelle [nom] et j'ai le cancer ». Lorsque votre problème devient une partie tellement centrale de votre identité, il peut vous paralyser. Alors la stigmatisation ne vous quitte plus. (participant au groupe de discussion, ayant un savoir expérientiel)

La stigmatisation nous réduit au silence. La réputation professionnelle de mon mari était extrêmement importante pour lui. Il cachait beaucoup de choses. La honte est très présente. (répondant clé ayant un savoir expérientiel)

4a5. Politiques et pratiques punitives et excluantes

Le dernier grand thème défini par les répondants sur le plan de la description et du ressenti de la stigmatisation est l'expression et l'expérience de la stigmatisation dans les politiques et les pratiques formelles et informelles. Les participants ont cité des exemples nombreux et variés de ce qui est appelé la « stigmatisation structurelle » dans la littérature (p. ex. Knaak et Ungar, 2017). Ces exemples se regroupaient généralement autour de deux principaux types de politiques et de pratiques stigmatisantes : d'une part, celles qui créent des obstacles ou des restrictions en matière de services ou de soins, et d'autre part, celles qui sont vécues comme pénalisantes et discriminatoires, plutôt que de favoriser l'aide et le soutien.

Les exemples suivants illustrent ce thème :

Nous avons certainement refusé l'accès à notre refuge à des personnes parce qu'elles consommaient des drogues, et il ne s'agissait même pas de drogues injectables. (participant au groupe de discussion)

Dans certaines communautés, les agents chargés de l'application des règlements municipaux font partie de la solution, mais la plupart du temps, ils font plutôt partie du problème. À [nom de la ville], par exemple, les agents sont en quelque sorte devenus l'organe exécutif de la discrimination. Ils se rendent dans les campements, confisquent les biens des personnes qui s'y trouvent, leur imposent des amendes, et conservent les biens saisis jusqu'à ce que les amendes soient payées, ce qui est évidemment très difficile à faire pour elles. Ces interventions ont pour conséquence, entre autres, de disperser les groupes afin qu'ils passent sous le radar des forces de l'ordre. Cela complique énormément le travail de l'infirmière de rue, puisqu'au lieu de visiter deux ou trois sites dans la communauté, elle doit désormais chercher ses clients sous chaque pont, derrière chaque centre commercial et ainsi de suite, pour leur remettre les fournitures ou leur prodiguer les soins médicaux dont ils ont besoin. (répondant clé)

« Si vous avez consommé des drogues aujourd'hui, veuillez revenir demain. » Il semble tout à fait raisonnable qu'un tel écriteau soit affiché au mur d'un établissement. Mais si une personne prend de la drogue tous les jours, elle ne pourra jamais recevoir ce service, même si le fournisseur de services a agi de façon effrontément irréfléchie en adoptant une telle approche. (participant au groupe de discussion, ayant un savoir expérientiel)

On ne peut pas recevoir de soins de santé lorsqu'on a un chariot⁴, parce qu'on n'a nulle part où le laisser. Comment peut-on se rendre dans le bureau du médecin? C'est un obstacle de taille, non? Il n'existe pas de stationnement à chariots. Personne n'est autorisé

⁴Chariot ou panier d'épicerie, ou autre contenant portable dans lequel les personnes sans abri conservent leurs biens.

à vous aider à emporter votre chariot à l'intérieur et à vous donner un coup de main. (participant au groupe de discussion, ayant un savoir expérientiel)

Nous évaluons les symptômes de sevrage seulement si la mère admet prendre des médicaments. C'est notre politique. [..., mais] dans certains cas, les patients ne correspondent pas aux lignes directrices en la matière, alors nous effectuons une évaluation en fonction du comportement du bébé. On se dit « Cet enfant est plutôt grincheux, faisons une évaluation de sevrage ». Je n'ai jamais entendu parler d'une telle évaluation pour un bébé qui n'était pas autochtone. Je n'ai jamais vu d'évaluation d'un bébé blanc irritable. C'est inacceptable. (participant au groupe de discussion)

4b. Répercussions de la stigmatisation : Les obstacles qu'elle pose

Les groupes de discussion et les répondants ont également examiné l'important thème des conséquences de la stigmatisation, c'est-à-dire les obstacles qui entravent l'accès à des soins et des interventions de haute qualité pour les personnes ayant des problèmes de consommation d'opioïdes ou d'autres substances, et les personnes à risque d'intoxication aux opioïdes. Les conséquences de la stigmatisation ont été décrites comme graves et nombreuses. Un répondant a donné cet exemple :

Nous traitons ces gens comme s'ils n'étaient pas des nôtres. Cette attitude met leur santé en péril. Ils meurent plus jeunes, ne reçoivent pas de traitements pour leurs maladies, sont incapables de trouver un logement parce que personne n'accepte de leur en louer un, alors ils aboutissent dans la rue. Et vivre dehors, c'est être exposé à toutes sortes de risques. (répondant clé)

Un autre répondant, appelé à décrire l'effet de la stigmatisation sur les personnes d'origine autochtone en particulier, a résumé ainsi les principales conséquences de la stigmatisation :

Quels obstacles la stigmatisation pose-t-elle? Elle déshumanise les gens. Les personnes concernées n'ont pas accès aux services. Et lorsqu'elles y ont accès, elles ne reçoivent pas de soins. Elles sont victimes de suppositions. De surcroît, elles consomment seules, parce qu'elles veulent éviter que quiconque soit au courant. (répondant clé)

Dans l'ensemble, les effets de la stigmatisation, qui ont été décrits par tous les groupes de discussion et tous les répondants clés, se classent dans quatre grandes catégories de conséquences :

- La stigmatisation influence notre façon de conceptualiser et d'envisager la crise actuelle et d'établir les priorités dans ce dossier.
- Elle incite les gens à se cacher et freine la recherche d'aide.
- Elle perpétue la méfiance face au système et l'évitement des services, particulièrement dans les populations marginalisées.
- Elle donne lieu à des soins et des interventions de qualité moindre.

Chacun de ces thèmes est détaillé dans la section ci-dessous.

4b1. La stigmatisation influence notre façon de conceptualiser et d'envisager la crise actuelle et d'établir les priorités dans ce dossier

Un des thèmes qui a émergé de l'analyse est la relation entre le langage et la perception. En effet, les

participants ont indiqué que le langage et la terminologie utilisés pour décrire la crise contribuaient fortement à façonner la perception que les premiers répondants et d'autres parties prenantes ont des personnes consommant des opioïdes ou qui sont à risque d'intoxication accidentelle, ainsi que la perception de la manière de s'attaquer à cette crise.

Plusieurs personnes étaient d'avis que l'étiquette collée à la situation que nous vivons – la « crise des opioïdes » – ne représentait pas adéquatement toute la complexité du phénomène. Les participants ont été nombreux à signaler que la contamination de l'offre de drogues par le fentanyl, le carfentanil et d'autres substances semblables s'étendait bien au-delà de la contamination de l'offre d'opioïdes. Ils ont souligné que *toute personne* consommant des drogues illicites courait un risque d'intoxication, un fait qui n'est pas pleinement pris en compte si le terme « opioïdes » demeure le principal descripteur de la crise :

La contamination croisée est partout, c'est un véritable jeu de roulette russe. On a affaire à des drogues de plus en plus coupées. Des consommateurs réguliers et récréatifs de cocaïne, qui en prennent la fin de semaine, dans les bars, risquent de tomber sur un produit coupé au fentanyl et d'en mourir. (participant au groupe de discussion)

En gros, chaque personne qui achète de la drogue dans la rue court un risque d'intoxication. (répondant clé)

Nous avons travaillé très fort [...] pour créer une conscience collective à l'égard de notre positionnement envers la crise. Nous l'avons fait en raison des facteurs de risque que présente le fentanyl. Mais il y a eu [beaucoup de discussions] concernant les personnes qui consomment de la cocaïne ou d'autres stimulants en se disant « Je ne prends pas d'héroïne, donc je ne cours aucun risque ». C'est ce qui nous a fait comprendre que nous devons nous éloigner du terme « opioïdes » et utiliser un terme plus englobant comme « surdose », afin que les gens comprennent que la crise concerne l'ensemble des substances disponibles sur le marché illégal. Nous voulions élargir la compréhension que les gens avaient du phénomène. (répondant clé)

Bon nombre de répondants ont aussi expliqué que des stéréotypes communs, comme l'association entre consommation de drogue et populations marginalisées vivant dans la rue, avaient contribué à une conceptualisation erronée de la véritable nature de la crise du fentanyl et des intoxications, ainsi que de l'épidémie plus générale de consommation d'opioïdes. Les commentaires suivants en témoignent :

On dit que 82 % des incidents de surdose se déroulent désormais derrière des portes closes [en privé]. (répondant clé)

Actuellement, je crois que nous ne faisons pas le lien avec les personnes vivant dans des quartiers huppés qui se rendent à Downtown Eastside pour acheter leurs drogues, parce qu'ils n'ont plus accès à leurs médicaments d'ordonnance. Des gens très riches viennent donc à Downtown Eastside, à Surrey Strip ou dans la vallée en quête de drogues, ils les prennent dans leur voiture en retournant à la maison, ils font une surdose puis tuent quelqu'un. (répondant clé)

C'est assez consternant de voir la diversité de la clientèle qui consomme des opioïdes, puis qui fait des surdoses. Ça va de personnes vivant dans des logements abordables à des gens assez aisés. Je crois qu'il est important que la population soit tenue au courant. Des

étudiants universitaires se procurent du fentanyl et font des overdoses. Je crois que cette notion n'est pas tout à fait intégrée pour le moment. (participant au groupe de discussion)

Les répondants ont également affirmé que la stigmatisation contribuait à altérer la manière dont la crise est priorisée et les ressources sont attribuées, ce qui découle à leur avis directement de notre conceptualisation du phénomène. De nombreux répondants ont insisté sur ce point en comparant la crise des opioïdes à des épidémies actuelles ou prévues de santé publique au Canada :

On peut comparer notre réaction à un épisode comme celui du SRAS. Lors de cette crise, de cette épidémie, la réaction avait été immédiate et globale. La réaction que nous avons dans le cas présent ne s'y compare même pas. (répondant clé)

Vous vous rappelez ce qui s'est passé il y a deux ans, devant le risque infinitésimal que le virus Ebola soit introduit au Canada? Je n'arrivais pas à croire l'ampleur des ressources qui avaient été mobilisées aussi rapidement, c'était absurde. C'est une plaisanterie ou quoi? Nous faisons tout cela... pour quoi? J'étais responsable de la mise en quarantaine des passagers d'avions qui arrivaient au pays, et je me disais, « un instant, c'est complètement insensé ». Pourtant on entendait partout que les gens tombaient comme des mouches et que la menace faisait rage, alors qu'il ne se passait pratiquement rien. Nous nous soucions d'une maladie qui vient d'Afrique, alors qu'on n'a répertorié aucun cas d'Ebola au Canada, et nous y avons consacré des millions de dollars. Qu'est-ce que nous fichons? Nous devons nous réveiller. (participant au groupe de discussion)

À mon avis, il faut tenter de comprendre pourquoi un pays occidental très riche comme le nôtre est secoué par cette crise, alors que d'autres pays s'en sont bien sortis à ce chapitre. Nous ne devrions pas être plongés dans une telle crise. Nous avons les capacités pour éviter ces crises. Encore une fois, nous appliquons des pansements par-ci par-là, mais ce n'est pas la façon de régler le problème. Nous avons besoin d'une solution totale. (répondant clé)

[Dans un comité auquel je siégeais], on discutait de la réduction du temps d'attente aux urgences, de la réduction du temps d'attente pour certaines chirurgies, comme les remplacements de la hanche. C'est décevant que personne n'ait parlé du temps d'attente pour les problèmes de dépendance aux opioïdes et à d'autres substances, qui sont à mon avis tout aussi importants. On essaie de conscientiser les gens à cette problématique, mais la stigmatisation n'est jamais bien loin. (participant au groupe de discussion)

4b2. La stigmatisation incite les gens à se cacher et freine la recherche d'aide

Les groupes de discussion et les répondants clés ont soulevé une deuxième lourde conséquence de la stigmatisation, à savoir le frein qu'elle pose à la demande d'aide et à la divulgation du problème. Cette résistance a notamment été associée à l'autostigmatisation et à la stigmatisation internalisée, lorsque la honte et la peur de porter l'étiquette « accro » empêchent les gens de révéler leur problème et de demander de l'aide.

Nous avons créé un environnement de honte et à cause de cela, nous devons presque aller les débusquer nous-mêmes. Beaucoup de personnes dépendantes se cachent. Elles ont trop honte. (répondant clé)

Les membres des Premières Nations subissent tellement de stigmatisation que bien souvent, ils évitent carrément le contact avec la société générale. (répondant clé)

[Certaines personnes sont] plus à risque parce qu'elles refusent de demander des services, convaincues de ne pas être « ce genre de personne » ou « ce genre de famille ». Elles ne veulent pas s'autodéclarer accro, surtout avec la stigmatisation qui vient des fournisseurs de soins de santé. (répondant clé)

Un obstacle énorme bloque l'accès aux soins. Dans les petites villes, c'est encore pire. Je sais que bien des gens ne se rendraient jamais aux locaux de [nom de l'organisation] parce qu'ils savent ce que ça représente. Ou parce qu'ils ont un réseau social bien établi, parce que les liens [dans la communauté] sont trop serrés. Il n'y a aucun moyen d'obtenir de l'aide de façon anonyme. (répondant clé)

De surcroît, bon nombre de participants ont mentionné que la stigmatisation amenait les gens à cacher activement leurs problèmes de consommation d'opioïdes :

J'ai l'impression que les débats autour des opioïdes entraînent la conséquence non voulue que ces problèmes sont démonisés, au point où les personnes qui en consomment évitent de vous dire qu'elles en prennent. (répondant clé)

À mes yeux, le principal facteur en jeu dans toute la crise des opioïdes est que nous subissons tellement de stigmatisation que nous cherchons à nous cacher. (participant au groupe de discussion, ayant un savoir expérientiel)

[Les femmes autochtones] sont souvent plus isolées, et la stigmatisation est plus forte envers les femmes. Les jeunes femmes qui veulent garder leurs enfants, qui vivent à la maison... elles ne reçoivent aucun soutien de leur communauté. Elles sont seules à la maison et cachent leur consommation, par crainte des conséquences qui s'ensuivraient si quelqu'un l'apprenait. Elles consomment donc en cachette. Les taux de consommation réelle ne sont pas nécessairement plus élevés, mais les risques de surdose le sont. (répondant clé)

Selon de nombreux répondants, les obstacles à la demande d'aide ont également été fréquemment mentionnés en ce qui concerne la réduction des préjudices. Plus précisément, les participants étaient d'avis que bien des gens n'ont pas recours aux trousse de secours publiquement accessibles (p. ex. les trousse de naloxone, ou Narcan, offertes pour usage personnel), ne fréquentent pas les sites de consommation supervisée et évitent de consommer en présence d'autres personnes en raison de la stigmatisation :

Le nombre de décès continue d'augmenter en flèche en raison de la stigmatisation associée aux sites d'injection supervisée. M. Tout-le-monde, par exemple l'homme d'affaires de la banlieue, qui veut prendre son héroïne ou autre chose ne va pas se déplacer dans un [site de consommation sécuritaire]. Il se l'injectera seul dans sa voiture ou chez lui, et ce, uniquement à cause de la stigmatisation. Ce qui ressort de mes discussions avec les inspecteurs, c'est que dans tous les cas, les décès sont ceux de personnes vivant en banlieue, qui ont consommé seules dans leur voiture, dans leur sous-sol, dans leur chambre. Personne ne perd la vie dans les sites d'injection supervisée, mais ces endroits sécuritaires ne sont fréquentés que par une certaine population. (participant au groupe

de discussion)

Si une personne cache sa dépendance, elle ne se donnera probablement pas la peine de se procurer une trousse de naloxone. Mais si elle consomme seule, ça ne fonctionne pas de toute façon. (répondant clé)

La recherche nous montre que les gens ne parcourent pas plus de 1 km pour se rendre à un endroit offrant un service de consommation sécuritaire. Le problème est donc que 90 % des consommateurs ne se trouvent pas à proximité d'un [site de consommation sécuritaire]. (participant au groupe de discussion)

Les gens se cachent et achètent des opioïdes où ils peuvent et les consomment en cachette. C'est risqué. Mais ils ont terriblement peur que leurs proches l'apprennent. (répondant clé)

4b3. La stigmatisation perpétue la méfiance face au système et l'évitement des services, particulièrement dans les populations marginalisées

Les données recueillies au cours des entretiens et des groupes de discussions ont révélé au grand jour une autre grave conséquence de la stigmatisation : l'existence de niveaux élevés de peur et de méfiance à l'égard du système chez les personnes consommant des opioïdes ou d'autres substances. Bien des personnes ayant un savoir expérientiel ont indiqué que ces sentiments de méfiance et de peur découlaient de contacts négatifs vécus antérieurement avec des fournisseurs de soins et des premiers répondants. Les participants ont jugé que la méfiance et l'évitement des soins de santé et d'autres services étaient les plus prononcés au sein des populations marginalisées, et que ces phénomènes exemplifiaient une fois de plus comment la stigmatisation freine la demande d'aide.

Les commentaires suivants illustrent ce phénomène :

Ce qu'il faut retenir, c'est que les populations marginales ne font pas confiance au système de soins de santé. Leur méfiance est profonde. (répondant clé)

Je crois que c'est la vieille mentalité du « nous contre eux » qui se perpétue. C'est un facteur considérable. [...] Je crois aussi que cette mentalité a eu un effet dévastateur sur les liens de confiance. C'est pourquoi je pense que l'une des mesures clés à mettre en place pour renverser la vapeur est de mettre l'accent sur la création de relations et le partage des pouvoirs pour mettre fin aux violations des droits qui ont cours. (participant au groupe de discussion)

Une femme est entrée dans nos locaux; sa bague était coincée sur son doigt, mais elle refusait d'aller chercher de l'aide extérieure en raison du mauvais traitement qu'elle avait reçu par le passé. Elle a fini par perdre son doigt. (participant au groupe de discussion, ayant un savoir expérientiel)

Fait à noter, plusieurs participants ont souligné la méfiance face au système de certaines mères, qui évitent les services de santé par crainte que leurs enfants leur soient enlevés :

Nous ne pouvons pas nous adresser à un organisme et demander de l'aide. J'ai eu des bébés, j'ai eu des enfants. J'ai évité le système de santé comme la peste parce qu'il allait me retirer mes enfants. (participant au groupe de discussion, ayant un savoir expérientiel)

Beaucoup [de mères] évitent de demander des soins parce qu'elles ont peur que leur démarche entraîne le retrait des enfants. Et on voit aussi certains travailleurs qui croient que si une cliente suit un traitement d'entretien à la méthadone, elle n'a pas le droit de garder ses enfants. C'est une idée erronée. La croyance que ce traitement se contente de « remplacer une drogue par une autre » est fausse, mais la stigmatisation continue de faire son œuvre. (participant au groupe de discussion)

4b4. La stigmatisation donne lieu à des soins et des interventions de qualité moindre

La stigmatisation a aussi pour conséquence notable des résultats plus faibles sur le plan des soins de santé et des interventions. Ce phénomène a été décrit autant par les fournisseurs de services que les clients. L'échantillon suivant contient des commentaires de répondants clés, de premiers répondants et de personnes ayant des antécédents de consommation de drogues :

Aux urgences, [si] un utilisateur de drogues injectables se présente avec une cellulite en même temps qu'un homme âgé présentant aussi une cellulite – causée par son diabète, par exemple – et que vous n'avez qu'une place, nous savons tous lequel des deux sera traité, pas vrai? Même si la cellulite de l'utilisateur de drogues injectables est pire. Parce que c'est un drogué. On dira qu'il a couru à sa perte. (participant au groupe de discussion)

Je me demande si les soins fournis par les intervenants de première ligne sont optimaux dans de telles circonstances. (participant au groupe de discussion)

Personnellement, j'ai vécu de la stigmatisation pendant de très nombreuses années en raison de ma dépendance et de mon apparence. Je me rendais à l'hôpital parce que j'étais gravement malade – je pesais seulement 45 kg – mais j'avais des marques sur les bras. On m'a traité comme un déchet. À mes très nombreux séjours à l'hôpital, il m'est arrivé une seule fois de rencontrer un médecin qui était prêt à travailler avec moi en tenant compte de ma dépendance, afin de pouvoir traiter mon problème de santé physique. (participant au groupe de discussion, ayant un savoir expérientiel)

Les personnes aux prises avec une dépendance sont traitées comme des citoyens de deuxième ordre dans notre système de soins de santé. C'est très répandu. (participant au groupe de discussion)

Je dirais que nous ressentons tous une certaine apathie. Le sentiment d'urgence de soigner ces patients est certainement moins prononcé. Nous les soignons, mais nous n'allons pas nous précipiter à genoux parmi les seringues et nous tuer pour les traiter. (participant au groupe de discussion)

4c. Sources de stigmatisation : Points de tension et facteurs contributifs

Les participants au projet de recherche ont été invités à indiquer d'où provenait, à leur avis, la stigmatisation à l'égard des personnes ayant des problèmes de consommation d'opioïdes et d'autres substances et quels étaient les points de tension pour les premiers répondants et les fournisseurs de soins de première ligne dans ce contexte. L'analyse des données issues des groupes de discussions et des entretiens a révélé plusieurs points de tension, qui ont été décrits comme des facteurs contribuant à l'expression de comportements et d'attitudes négatifs. Ces points de tension sont :

- les approches punitives à l'égard des dépendances, des traitements et du rétablissement;
- l'ambivalence face à la réduction des préjudices;
- l'illégalité de certains opioïdes et d'autres drogues;
- la vision des personnes ayant un problème lié à la consommation d'opioïdes à travers le prisme de la valeur et du mérite;
- les traumatismes, l'usure de compassion et l'épuisement chez les premiers répondants et les fournisseurs de première ligne; et
- les insuffisances du système.

Ces sources de stigmatisation appartiennent à deux catégories : la stigmatisation directe et la stigmatisation indirecte. Les sources directes de stigmatisation peuvent être décrites comme étant étroitement alignées avec les stéréotypes et les croyances négatives au sujet des personnes ayant des problèmes de consommation d'opioïdes ou d'autres substances. Les sources indirectes de stigmatisation sont plutôt de nature expérientielle et naissent des difficultés et des défis vécus aux premières lignes de la crise des opioïdes. Les traumatismes et l'épuisement des praticiens, les questions éthiques liées à l'utilisation intensive de mesures d'urgence auprès de clients à haut taux de récurrence et les insuffisances du système faisaient partie des sources indirectes de stigmatisation énoncées.

4c1 Sources directes de stigmatisation

4c1a. Approches punitives à l'égard des dépendances, des traitements et du rétablissement

Un des principaux points de tension ou sources de stigmatisation est lié à une vision de plus en plus dépassée mais toujours répandue des dépendances, des traitements et du rétablissement. Bon nombre de répondants ont en effet évoqué un manque de compréhension de la maladie qu'est la dépendance, de ses causes fondamentales, de son statut comme problème de santé, des meilleures pratiques en matière de traitements et de soins, du déroulement du processus de rétablissement, et de ce que les personnes en rétablissement ressentent, et ce, même chez les premiers répondants et les fournisseurs de soins de santé. Plusieurs répondants ont reconnu que le paradigme de la « faillite morale » demeurait dominant, même dans de nombreux établissements de soins de santé, tout comme la vision « basée sur l'échec » du processus de rétablissement et les perceptions négatives des traitements non basés sur l'abstinence (p.ex. les thérapies de maintenance médicamenteuses). Les commentaires suivants reflètent la façon dont les répondants décrivent ces lacunes en matière d'information et de connaissances.

Avis sur la dépendance :

On perçoit encore la dépendance comme un choix, ou simplement une mauvaise chose qui arrive à certaines personnes. On se demande : pourquoi est-ce à moi de payer pour le

mode de vie que ces gens-là ont choisi? Mais en réalité, tous les jours, des personnes sont hospitalisées et reçoivent des traitements pour des problèmes engendrés par leur mode de vie. Et personne n'accuse les gens souffrant de diabète d'avoir mangé trop de crème glacée ou de sucre. Personne ne condamne ceux qui sont atteints du cancer parce qu'ils fumaient. On les soigne, tout simplement. (répondant clé)

Nous n'envisageons pas la dépendance de la même manière que le cancer ou toute autre maladie. Nous la considérons comme une faiblesse. (participant au groupe de discussion)

Nous n'avons pas encore atteint le stade où, du point de vue du système, nous avons tous la même perception de la dépendance. Donc, si nous sondons les fournisseurs de soins de santé, nous pourrions probablement constater que jusqu'à un certain point, ils ont à peu près tous la même vision du diabète, de l'hypertension, du cancer et de l'épilepsie. Mais dans le cas de la dépendance, aucune instance d'autorité ne s'est positionnée pour dire « voici comment cette maladie fonctionne, voici les meilleures pratiques de traitement, nous devons travailler avec ces personnes pour les aider et les soutenir dans le processus de gestion de ce qui leur arrive. » (répondant clé)

Avis sur les traitements, le rétablissement et la réduction des préjudices :

La stigmatisation entourant la méthadone et d'autres traitements médicamenteux est immense. Les gens voient ces thérapies comme une béquille, où une drogue est remplacée par une autre. Même dans la communauté du rétablissement, la stigmatisation est très présente. Les gens ont l'impression que ce traitement sert à éviter le « véritable travail » de rétablissement. (répondant clé)

Tout le monde voit [les rechutes] comme un échec, n'est-ce pas? Le langage que nous employons doit changer. Notre façon de voir le rétablissement doit changer. (répondant clé ayant un savoir expérientiel)

Il existe d'excellentes présentations sur la réduction des préjudices, mais elles ne sont pas encore assez répandues. Elles n'ont pas atteint les intervenants de première ligne. La stigmatisation est toujours présente. Même dans la petite équipe que nous avons chez [nom de l'organisation], il y a de la stigmatisation causée par le manque de compréhension. (participant au groupe de discussion)

Pour donner un exemple du [manque de compréhension] qui règne, cette semaine, nous avons accueilli une personne ayant une dépendance aux opioïdes qui avait décidé de fumer du cannabis au lieu de prendre des opioïdes. Les employés ont dit « On la retrouve tous les jours dans le stationnement à fumer des joints ». J'ai répondu « C'est excellent, elle ne se pique pas ». Et ils répliquent « Mais c'est mal. Elle ne devrait pas faire ça ». Très souvent, la stigmatisation naît d'un manque de compréhension. (participant au groupe de discussion)

4c1b. Illégalité de certains opioïdes et d'autres drogues

L'illégalité de certains opioïdes et d'autres drogues a également été mentionnée comme étant l'une des sources ou des causes fondamentales de la stigmatisation. Les répondants étaient d'avis que la

stigmatisation entourant la consommation de drogues illicites ne pourrait sans doute pas être éradiquée tant que l'utilisation et les utilisateurs de ces substances seront perçus et traités comme criminels, comme l'illustrent les commentaires suivants :

Comment le gouvernement peut-il financer un programme de lutte à la stigmatisation et s'attendre à ce qu'il fonctionne lorsque lui-même désigne une personne dépendante aux opioïdes comme criminelle? Comment peut-on lutter contre la stigmatisation alors que les patients sont étiquetés comme des criminels? (répondant clé)

Je crois que c'est à cause de l'illégalité des substances, de l'idée qu'« on ne doit pas faire ça, c'est mal », que nous les associons avec la criminalité. Pourtant, dans les hôpitaux, nous donnons constamment de la morphine aux patients. (répondant clé)

Notre système culturel juge que certaines drogues sont « bien » et que d'autres drogues sont « mal ». Nous devons reconnaître que nous avons tous une drogue de prédilection, que ce soit le vin, la bière, le café, la nicotine. Ce n'est pas comme si nous prenions une grande décision morale. Nous avons simplement opté pour une drogue qui était jugée acceptable dans notre culture. Le jugement devient justifié lorsque la substance est illégale. (répondant clé)

Ils nous traitent comme des criminels. [...] Ça ne devrait pas être une question de lois, ça devrait être une question de santé. Nous sommes des personnes malades, [la dépendance] est une maladie. Attaquons-nous au problème, au véritable problème. Leur place est en désintoxication, pas dans les prisons. (participant au groupe de discussion, ayant un savoir expérientiel)

4c1c. Vision des personnes ayant un problème lié à la consommation d'opioïdes à travers le prisme de la valeur et du mérite

L'un des thèmes les plus préoccupants soulevés en ce qui concerne la compréhension des causes de la stigmatisation envers les personnes ayant des problèmes de consommation d'opioïdes ou d'autres substances est ce qu'un répondant a appelé « le discours de l'évacuation », que d'autres répondants ont appelé le « paradigme du mérite ». Plus précisément, les échanges tenus lors des groupes de discussion et des entretiens ont révélé que les fournisseurs de soins, les décideurs et les personnes ayant des antécédents de consommation de substances reconnaissaient qu'une grande partie de la stigmatisation entourant les personnes ayant des problèmes de consommation d'opioïdes ou d'autres substances était ancrée dans un système de croyances qui justifie et légitime les mauvais traitements et les soins de faible qualité.

Les commentaires suivants en témoignent :

Cette population est perçue comme plus difficile, plus complexe à traiter, peut-être même moins digne de recevoir des soins. (répondant clé)

Absolument. [Dans un hôpital que j'ai visité], j'ai entendu « ces gens-là ne méritent pas de recevoir des soins autant que les autres ». Pensez seulement à tout ce qui n'est pas verbalisé alors que des choses comme celles-là sont exprimées à voix haute. (répondant clé)

À mon avis, l'un des principaux stéréotypes, l'un des plus grands problèmes auxquels nous sommes confrontés est qu'aux yeux de la société, [les personnes ayant des problèmes de consommation de drogues] ne valent pas grand-chose. Certains diront même qu'« un accro de moins est un boulet financier de moins pour la société ». (participant au groupe de discussion)

Je continue d'affirmer que nous avons affaire à un discours d'évacuation, qui reflète la croyance qu'une population mérite des soins et que l'autre n'en mérite pas. (participant au groupe de discussion, ayant un savoir expérientiel)

C'est comme pour les victimes de violence, on croit que certaines le méritent et d'autres ne le méritent pas. Cette croyance justifie la politique d'éviter de donner des soins à une personne lorsque celle-ci est visiblement sous l'influence d'une substance. (participant au groupe de discussion)

Lorsque vous avez seulement un certain nombre de minutes pour soigner des patients, pourquoi les offririez-vous à une personne qui a choisi de se faire du mal, plutôt que d'aider, disons, un enfant qui est tombé et qui s'est cassé le bras par accident? (participant au groupe de discussion)

4c2 Sources indirectes de stigmatisation

4c2a. L'arme à double tranchant qu'est le secours d'urgence

Les participants ont décrit la position ambivalente adoptée à l'égard de la réduction des préjudices comme étant un point de tension important et une source de stigmatisation majeure. En général, la réduction des préjudices a fait l'objet d'échanges animés dans les groupes de discussion, particulièrement le sujet de l'utilisation intensive des mesures de secours (c.-à-d. le Narcan), qui a été chaudement débattu.

D'un côté, la plupart des répondants convenaient que les approches de réduction des préjudices, comme les sites de consommation supervisée et la disponibilité des trousse de secours, étaient des mesures importantes, efficaces et vitales pour les personnes à risque d'intoxication accidentelle. D'un autre côté, on exprimait le ferme sentiment que la réduction des préjudices était une arme à double tranchant, soutenant que la disponibilité et l'administration généralisées des trousse de secours encourageaient les comportements de consommation risqués, particulièrement chez certains utilisateurs vivant dans la rue. Les commentaires suivants expriment cette position :

Il y a eu de gros efforts pour diffuser le Narcan, soit la naloxone. Le taux de survie a augmenté, ce qui est une victoire, n'est-ce pas? Moins de personnes meurent. Par contre, cette disponibilité a aussi eu l'effet de rendre la consommation plus commune. Des personnes dépendantes m'ont dit, « J'ai fait une overdose. Et alors? Il y a toujours le Narcan. » La naloxone est soudainement devenue le filet de sécurité. Les consommateurs se disent « J'ai ma trousse de Narcan. Ce n'est pas grave si je fais une surdose ». J'ai constaté ce changement d'attitude chez les personnes dépendantes au cours de la dernière année. Elles sont de plus en plus enclines à prendre des risques en consommant des doses plus fortes ou des produits différents, plus purs, parce qu'elles savent que leur ami a une trousse de naloxone, qu'elles peuvent en obtenir une sans rendez-vous ou que les ambulanciers, les policiers ou les pompiers viendront à la rescousse. Elles nous l'ont dit. Alors leurs comportements deviennent plus risqués. Ça ne fait aucun doute. (participant au groupe de discussion)

La frustration ne vient pas nécessairement du fait que nous assistons à une intervention ou à une surdose et que nous administrons le Narcan. Ce qui est frustrant, c'est que la naloxone semble parfois devenir une arme à double tranchant, puisqu'elle annule le danger qui accompagne la consommation de substances comme le fentanyl, ce qui est complètement fou. Nous voyons donc des accros se procurer du fentanyl, qui a la réputation de tuer des gens, parce qu'ils savent que c'est un meilleur produit ou un produit garanti selon certains critères. (participant au groupe de discussion)

Les répondants ont aussi signalé que le fardeau expérientiel associé à la réanimation du même client à plusieurs reprises – parfois durant la même journée ou la même semaine – faisait plus que renforcer la croyance de bien des répondants, à savoir que l'usage intensif et la grande disponibilité de ces mesures « favorisent la dépendance » et pourraient en fait entraîner des comportements plus risqués, il contribuait aussi à générer des sentiments d'apathie, de déconnexion et de désespoir :

Au cours des trois dernières années, depuis le début de la crise, j'avoue que je me suis surpris à me demander « Pourquoi? Pourquoi, encore? », lorsque je voyais la même personne pour la quatrième fois durant la semaine. Je crois que c'est à cause de la

possibilité de recevoir des secours au besoin. J'ai l'impression que la santé mentale des patients et celle des praticiens coïncident presque exactement. L'apathie mine la confiance et épuise complètement nos réserves. (participant au groupe de discussion)

Je trouve qu'il y a une certaine – je ne sais pas trop comment le décrire – disons une apathie face aux interventions lors de surdoses aux opioïdes en général. On se dit « Bon, encore une. Et encore une autre. » (participant au groupe de discussion)

Le sentiment de détachement est très grand. Je demeure dans le même édifice depuis un an et demi, et je suis intervenu dans plus de 50 cas de surdoses au travail, et j'en ai vu passablement d'autres dans ma vie privée de personne dépendante en rétablissement. On se détache, et ce détachement devient la norme. De tous les cas de surdoses que j'ai vus, une seule personne a perdu la vie. Dieu merci, il y a la naloxone, mais les gens semblent tellement détachés, et c'est devenu la norme. Je suis tellement désensibilisé à tout ça, vous comprenez? Même si une personne proche de moi mourait, je ne serais pas particulièrement ébranlé. Il y a tellement de détachement. Et c'est terrible, parce que ce détachement nous déshumanise. (participant au groupe de discussion, ayant un savoir expérientiel)

On commence à interroger notre conscience. On se dit « Ce n'est pas pour ça que j'ai voulu étudier en soins infirmiers. Qu'est-ce qui cloche chez moi, pourquoi suis-je aussi imperméable sur le plan des émotions? » (participant au groupe de discussion)

Un travailleur peut parfois se dire « Peut-être que nous ne devrions pas intervenir cette fois-ci. » Évidemment, personne ne ferait cela dans la pratique, mais du point de vue émotionnel, cette crise peut vous pousser à certaines extrémités. Donc oui, le récidivisme est un gros, gros défi. C'est difficile de recevoir la même personne encore et encore. (participant au groupe de discussion)

Fait important, l'« arme à double tranchant » que représentent les mesures de secours n'a pas été décrite comme une source directe de stigmatisation, puisqu'elle est issue des attitudes intrinsèquement négatives des gens face aux personnes ayant des problèmes de consommation d'opioïdes ou d'autres substances; elle était plutôt considérée comme une source indirecte de stigmatisation née de la frustration, de l'impuissance et du sentiment de tourner sans fin dans un cercle infernal.

Ce que vivent les employés est extrêmement difficile. Lorsqu'ils interviennent auprès d'une personne qui a fait une surdose, ils se sentent bien, ils sentent qu'ils ont accompli quelque chose de bien. Mais lorsqu'ils se rendent 10 ou 20 fois auprès de la même personne, c'est un défi énorme, puisqu'ils se retrouvent dans une position où les perspectives sont sans espoir. Nous ne nous attaquons pas aux causes fondamentales du problème, nous ne cherchons pas à déterminer pourquoi cette personne est devenue dépendante. Nous ne faisons qu'appliquer une solution temporaire. (participant au groupe de discussion)

Non. Je ne trouve pas que nos employés font de la stigmatisation. Je trouve qu'ils sont frustrés. Surtout dans certains secteurs. Vous savez, certaines de nos stations n'ont jamais affaire à ce problème. Alors que d'autres équipes y sont confrontées tous les jours, cinq

fois par jour. Et c'est nouveau pour nos employés. Historiquement, des problématiques surgissaient ici et là, par cycles au fil des années. Mais aujourd'hui, c'est tous les jours, tout le temps. C'est ce qui est frustrant. Je sais que certains employés ont même dit qu'ils ne voulaient plus travailler ici. J'en ai assez. C'est frustrant. Vous savez quoi, j'ai besoin de me rendre dans une pièce silencieuse, parce que ça ne... (participant à une discussion de groupe)

Comme illustré par les commentaires ci-dessous, la tension vécue par les premiers répondants et les travailleurs de première ligne en ce qui concerne les mesures de secours et les clients à haut taux de récurrence a été décrite par plusieurs comme un dilemme éthique sur le plan personnel :

Je sais que certains de nos employés ont le sentiment de contribuer au problème. En ce qui concerne le Narcan en particulier – la naloxone –, ils ont l'impression d'encourager certaines personnes à consommer. Personne ne veut voir quelqu'un mourir, mais en même temps, ces utilisateurs se disent « Le poste de pompiers est juste ici, l'ambulance est juste là, ça va aller. J'ai mon filet de sécurité qui pourra me rattraper au besoin, alors allons-y. » C'est vraiment la situation qui prévaut. Les travailleurs ne refuseront pas de fournir des soins de secours, mais ils commencent à trouver que nous ne contribuons pas à améliorer les choses. Nous les empirons. Nous n'apportons aucune amélioration. (participant au groupe de discussion)

Vos valeurs et vos principes éthiques sont mis en doute lorsque vous ranimez une personne, puis que vous le faites une deuxième fois, puis une troisième et ainsi de suite. Les utilisateurs sont tellement confortables dans cette relation. Ils tiennent littéralement pour acquis que votre travail est de les ranimer, que c'est votre tâche, que vous saviez dans quoi vous vous engagiez en choisissant ce travail. Comment peut-on assimiler tout ça dans sa tête et dans son cœur pour être en mesure d'offrir le même niveau de service à chaque contact avec une même personne? (participant au groupe de discussion)

4c2b. Traumatismes, usure de compassion, épuisement

Les participants aux groupes de discussion et aux entretiens ont fortement insisté sur une autre source indirecte de stigmatisation qui touche de nombreux premiers répondants et travailleurs de première ligne, à savoir les niveaux élevés d'usure de compassion, de traumatismes par procuration et d'épuisement vécus par suite du travail aux premières lignes de la crise. Ces problèmes incluent le stress et les défis qu'ils rencontrent en intervenant auprès de clients à haut taux de récurrence, en étant témoins de multiples intoxications et décès liés aux intoxications et en luttant contre les insuffisances continues du système, notamment le manque de ressources, le manque de personnel et l'accès insuffisant aux traitements et aux soins par les utilisateurs.

Les répondants ont reconnu que les traumatismes par procuration et l'épuisement contribuaient de façon considérable aux faibles niveaux de satisfaction de compassion, ainsi qu'à l'éloignement émotionnel et comportemental des clients. Ils ont aussi reconnu que ces expériences avaient des effets négatifs sur leur propre santé mentale et leur bien-être.

Les commentaires suivants illustrent le tribut mental et émotionnel que paient les travailleurs aux premières lignes de la crise des opioïdes, et indiquent que ce facteur a été considéré comme une source

indirecte – bien que majeure – de stigmatisation à l'égard des personnes ayant un problème de consommation d'opioïdes et à risque d'intoxication liée aux opioïdes :

Une organisation nous a demandé de venir donner une formation à ses employés pour les aider à faire preuve d'empathie. Là-bas, on nous a dit, par exemple, « Je suis agent de contrôle des animaux, mais quand je rentre à la maison, je bats mon chien. Qu'est-ce qui m'arrive? » Ils ne comprennent pas que c'est lié aux traumatismes. Ils nous disent « Je suis une bonne personne, je ne comprends pas pourquoi je crie après ma famille quand je rentre à la maison » ou encore « Je suis une bonne personne, pourquoi est-ce que j'agis comme ça? », et beaucoup ont énormément de difficulté à mettre les mots sur ce qui leur arrive. Ils n'en parlent pas. Ils savent que quelque chose ne va pas, mais ils ignorent quoi. Ils ne comprennent pas pourquoi leur travail a de tels effets sur eux. (participant au groupe de discussion)

Qu'est-ce qui cause la détresse, la frustration, le sentiment d'impuissance? Ce n'est pas nécessairement un système de croyances négatives ou un manque d'information. C'est qu'à cause de la situation, ils ne peuvent pas aller au travail dans leur identité préférée. (répondant clé)

Le cycle sans fin des surdoses et l'incapacité à amener les clients à progresser sur la voie du rétablissement [est] l'une des raisons pour lesquelles notre équipe a été créée. Parce que les ambulanciers paramédicaux quittent la profession en masse. Les policiers et les pompiers vivent un stress insoutenable en raison des nombreuses intoxications dont ils sont témoins. Les travailleurs des salles d'urgence sont frustrés, et évidemment, les employés des refuges, les responsables de la réduction des préjudices, les travailleurs de proximité et les pairs aidants se brûlent complètement à tenter de boucher les trous immenses dans cette situation. (participant au groupe de discussion)

Les travailleurs de première ligne ont besoin de soutien. La plupart d'entre nous choisissent ce métier pour travailler avec les gens. Nous sommes des personnes sociables, nous aimons les gens, nous voulons améliorer les choses. Mais lorsque vous rencontrez la même situation encore et encore et encore, le stress augmente, la fatigue augmente, des problèmes personnels se mettent de la partie, et vos compétences non techniques commencent à s'éteindre. (participant au groupe de discussion)

Nous nous retrouvons à travailler en mode survie en tout temps. C'est ce qui est si difficile. (participant au groupe de discussion)

Sur le terrain, avec les premiers répondants, [...] l'épuisement et l'usure de compassion comptent parmi les principales préoccupations. Les travailleurs deviennent insensibles. Ils entendent les clients dire qu'ils n'aiment pas les agents d'exécution des règlements, qu'ils n'aiment pas les policiers ni les ambulanciers paramédicaux. Ça devient tellement lourd que je crois qu'ils ne prennent même plus la peine de s'occuper de leur propre bien-être. (participant au groupe de discussion)

Un autre problème qui touche les fournisseurs de services qui travaillent au centre-ville avec nous, auprès de la population de sans-abri, a été révélé récemment par une étude scientifique. On a découvert que les fournisseurs de service arrivent à travailler pendant

seulement 4 ans et demi environ avant de tomber d'épuisement. C'est un grave problème, surtout qu'ils ont désormais des responsabilités additionnelles. (participant au groupe de discussion)

Le manque d'options de traitement et d'autres mesures de soutien place les travailleurs qui ont réellement à cœur d'aider leurs clients dans une situation hautement stressante. (répondant clé)

J'aimerais attirer votre attention sur un point de vue ou un problème qui découle de notre réponse généralement atroce et inefficace aux traitements. L'une des conséquences de cette mauvaise réaction est que les premiers répondants et les travailleurs de première ligne s'épuisent complètement. Le stress qu'ils subissent est insoutenable. (participant au groupe de discussion)

4c2c. Insuffisances du système

Enfin, les participants ont affirmé que les insuffisances du système étaient également une source de stigmatisation. Le sous-financement chronique des traitements de la dépendance, le manque de personnel et les salaires faibles pour plusieurs postes aux premières lignes, les incohérences dans les normes de pratique et d'autres éléments inadéquats dans le système ont été mentionnés à plusieurs reprises. Fait important, les participants ont souligné que les insuffisances du système étaient non seulement une source de stigmatisation, et ce, parce qu'elles créent un environnement stressant, difficile et dépourvu de bons outils où ils doivent fournir des soins et des interventions à des personnes ayant des problèmes de consommation d'opioïdes et à risque d'intoxication liée aux opioïdes, mais que ces insuffisances étaient elles-mêmes le résultat d'une stigmatisation systémique et structurelle de longue date face à la dépendance et aux personnes consommant des drogues.

Les commentaires suivants contribuent à illustrer le thème des insuffisances du système, qui sont à la fois une source de stigmatisation et une conséquence de celle-ci :

Il m'est arrivé que des personnes que je transportais dans la voiture de patrouille me disent « C'est bon, j'ai besoin d'aide ». À ce moment, on a très peu de temps pour agir et leur trouver de l'aide. Ils sont assis sur la banquette arrière en pleurs, et disent « S'il vous plaît, s'il vous plaît emmenez-moi tout de suite quelque part où je peux avoir de l'aide ». Et nous savons que si nous les amenons chez [nom de l'organisme], ils passeront six heures dans la salle d'attente, seulement pour se faire dire qu'ils sont sur la liste et d'appeler tel numéro dans sept jours. Nous savons qu'il y a une liste d'attente pour la cure de désintoxication et nous leur disons dès le départ. C'est accablant pour eux et ça perpétue la stigmatisation, alors qu'ils sentent déjà qu'ils ne valent rien. En leur disant cela, on empire la stigmatisation. Certains m'ont déjà répondu « Alors à quoi bon? Si c'est comme ça, déposez-moi ici, à cette halte. » (participant au groupe de discussion)

Dans une petite ville, les services locaux sont totalement inadéquats. La plupart des gens n'ont pas envie de se rendre à un rendez-vous avec un spécialiste [dans une ville située à trois heures de là]. Il y a des conseillers, mais pas de traitements intensifs. [Dans une ville située à trois heures de là], il y a deux lits, mais souvent ils ne sont pas disponibles et l'administration [de l'autorité sanitaire] ne démontre pas un grand soutien à l'égard de la

réduction des préjudices. C'est un obstacle. [L'autorité sanitaire] n'offre aucun financement pour des heures de santé publique en réduction des préjudices. Nous n'avons aucun lit pour les désintoxications. Aucune infirmière sur le terrain. (répondant clé)

Notre principal défi [...] est que le système n'est pas prêt à offrir du soutien à toutes les personnes qui ont besoin d'aide. (répondant clé)

[Le traitement des dépendances et des maladies mentales] est perçu comme moins important et ne comporte aucun statut, contrairement aux traitements de cardiologie ou de chirurgie orthopédique. Ça explique, entre autres raisons, pourquoi les conditions de travail sont si dures dans ce domaine : en raison du travail avec cette population. (participant au groupe de discussion)

L'indifférence provient du fonctionnement du système. On devient indifférent à force de se demander « Qu'est-ce qui va changer d'ici la prochaine fois? Rien. » (participant au groupe de discussion)

Le problème, c'est que la situation ne reçoit pas l'attention qu'elle mérite en raison de la stigmatisation associée à [la dépendance]. (participant au groupe de discussion)

D'un côté, il y a le problème de l'accès aux soins et de l'autre, il y a le problème de la distribution équitable de la qualité des soins. Je dois traverser ce labyrinthe qui est à dessein truffé d'obstacles pour exclure certaines personnes du système. Je dois me frayer un chemin pour obtenir quelque chose qui ressemble à des soins adéquats, qui bien franchement sont souvent de qualité médiocre dans le système public et qui font probablement plus de mal que de bien aux patients. (participant au groupe de discussion, ayant un savoir expérientiel)

Je crois que le problème de la discrimination se manifeste encore une fois dans toute sa laideur [...] parce qu'il n'y a pas de population plus stigmatisée que les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale et de dépendance. Et dans le système de soins de santé, dans l'État-providence, les gens qui travaillent avec cette population subissent eux-mêmes de la discrimination. (participant au groupe de discussion)

4d S'attaquer à la stigmatisation : Besoins en matière d'apprentissage chez les fournisseurs et approches prometteuses pour réduire efficacement la stigmatisation

Le dernier grand sujet traité lors des groupes de discussion et des entretiens concernait les stratégies et les approches à adopter pour lutter contre la stigmatisation. Les répondants ont été invités à énoncer ce qu'ils croyaient être les principaux besoins des premiers répondants et des fournisseurs de première ligne en ce qui concerne les apprentissages et le soutien qui leur permettraient d'améliorer les attitudes et les comportements, puis à proposer des stratégies ou des approches qui permettraient selon eux d'enrayer les diverses sources de stigmatisation décrites ci-dessus.

Les répondants étaient généralement d'avis que des interventions visant à réduire la stigmatisation étaient requises, notamment des initiatives ciblant spécifiquement la stigmatisation, comme en témoigne le commentaire suivant :

À mes yeux, la stigmatisation est en nous tous. Et nous devons prendre conscience de cette stigmatisation afin de reconnaître ses effets sur notre travail. Il ne s'agit pas de nous sentir coupables, mais de lui faire face, puis éventuellement d'avoir une discussion approfondie avec nous-mêmes à ce sujet. En posant de questions comme « Pourquoi est-ce que j'ai ces pensées? » Et ce n'est pas grave si ces pensées apparaissent de nouveau, mais la prochaine fois que je serai confronté à cette situation, je dois me questionner et les reconnaître comme de la stigmatisation. Il y a aussi une série de gestes concrets que les gens peuvent poser. (participant à une discussion de groupe)

Cela dit, les répondants croyaient aussi qu'il existe plusieurs pistes sérieuses pour régler les problèmes causés par la stigmatisation au chapitre des interactions entre fournisseurs et clients et sur le plan des soins, dont certaines reposant sur des méthodes et des approches indirectes. À ce sujet, un répondant a formulé le commentaire suivant :

Notre façon de conceptualiser la stigmatisation est étroitement liée à notre réaction face à elle. (répondant clé)

Dans ce cadre plus large de compréhension et de description de la stigmatisation, les suggestions concernant les besoins en matière d'apprentissage et de soutien et les opinions émises par les répondants concernant les éléments fondamentaux à inclure dans les interventions de lutte contre la stigmatisation, se regroupaient généralement autour d'une notion centrale. Il s'agit de l'idée de cultiver, de protéger et d'accroître la compassion et la satisfaction de compassion, c'est-à-dire le plaisir tiré par les premiers répondants et les fournisseurs de première ligne de la capacité d'exécuter leur travail.

Les commentaires suivants illustrent ce phénomène :

S'ils en savaient davantage sur la dépendance, peut-être que ce savoir favoriserait d'autres comportements. Mais la différence serait minime, en fait. La réalité, c'est qu'ils ne retirent pas assez de satisfaction de compassion de leur travail. Plus vous avez de satisfaction de compassion, moins vous êtes susceptible d'adopter des comportements d'éloignement ou autres. (répondant clé)

La compassion fait toute la différence. Quand on humanise une personne, l'effet est prodigieux. (participant au groupe de discussion)

Quand on voit les activités d'une personne à partir de son véhicule, il est facile d'entretenir un système de croyances sans connaître l'être humain et l'histoire derrière ce visage. (participant au groupe de discussion)

Quand je m'adresse à nos cohortes de recrues, je leur dis toujours qu'il est possible qu'ils ne ressentent pas toujours de l'empathie, qu'ils ne comprennent pas toujours ce que le client vit, mais qu'ils ne doivent jamais perdre leur compassion. Il faut faire preuve de compassion. (participant au groupe de discussion)

L'essentiel est d'avoir le cœur ouvert, de faire preuve de gentillesse et de moins de jugement. (participant au groupe de discussion)

À ce chapitre, l'analyse des données issues des entrevues et des discussions de groupe a révélé cinq domaines principaux que les participants jugeaient essentiels à la réduction de la stigmatisation, et particulièrement à l'amélioration des comportements sur les plans des soins et des interactions entre clients et fournisseurs. Les principaux domaines ciblés par les participants sont les suivants :

- des activités d'éducation et des formations permettant aux premiers répondants et aux fournisseurs de première ligne d'acquérir une conception plus progressiste de la dépendance, des traitements et du rétablissement;
- des interventions conçues pour raffermir la compréhension mutuelle et la confiance entre fournisseurs et clients;
- des approches et des interventions basées sur l'interaction afin de renforcer les rapports humains, la compréhension et la sensibilisation et de lutter contre les sentiments d'apathie et d'impuissance;
- des activités d'éducation et des formations sur les soins et les pratiques tenant compte des traumatismes; et
- des mesures de soutien et des formations orientées vers l'intérieur afin d'accroître la résilience et de prévenir l'épuisement des fournisseurs.

Fait important, les répondants ont aussi souligné que toute stratégie globale visant à réduire la stigmatisation devrait également s'attaquer aux obstacles et aux insuffisances du système; par contre, ils ont reconnu que la résolution de ces problèmes passait largement par les politiques, et non par l'offre de formations.

Ces cinq grands thèmes sont détaillés ci-dessous.

4d1. Éducation au sujet des dépendances, des traitements et du rétablissement

Selon les répondants, il est important de mettre en place davantage de programmes d'éducation en matière de dépendance – surtout des initiatives présentant la dépendance comme un trouble médical soignable. Ils ont réclamé davantage d'information sur les causes des dépendances, davantage de preuves scientifiques sur les pratiques exemplaires de traitement et de réduction des préjudices, ainsi qu'une meilleure compréhension du processus de rétablissement. Les commentaires ci-dessous illustrent les avis des répondants au sujet du rôle de l'éducation comme outil de réduction de la stigmatisation :

Nous espérons qu'en les aidant à délaissier leurs attitudes négatives et leurs croyances, en leur fournissant de l'information juste au sujet des dépendances et de la maladie mentale, ils adopteront une approche moins punitive. (répondant clé)

À ce chapitre, bon nombre de répondants ont cependant indiqué que le principal problème n'était pas le manque d'information ou de connaissances chez les premiers répondants et les fournisseurs de première ligne, mais plutôt le manque d'information et de connaissances correctes :

Ce n'est pas l'information qui manque, c'est l'information exacte. (participant au groupe de discussion)

Dans les commentaires suivants, les participants ont fourni quelques exemples de mésinformation, de mythes et de besoins en matière d'éducation :

En ce qui concerne l'utilisation du Narcan [et la frustration à l'égard des clients à haut taux de récurrence], il faut savoir que son administration cause un état de sevrage aigu au client. Le besoin de consommer est encore plus fort par la suite. Il n'est donc pas inhabituel pour une personne de chercher à consommer immédiatement après avoir reçu une dose de Narcan. C'est une information importante à faire circuler. (participant au groupe de discussion)

En parlant de sensibilisation [...] certains croient que les Autochtones sont naturellement des accros, que leurs racines autochtones les ont menés naturellement vers la dépendance. C'est tout simplement faux. Il existe beaucoup de données probantes démontrant que différents contextes sociaux causent certains problèmes de santé qui sont plus fortement représentés dans certaines populations, mais il n'existe aucune preuve que les Autochtones ont systématiquement des dépendances. Des efforts de sensibilisation par les pairs doivent être mis en place pour modifier ces croyances. (participant au groupe de discussion)

Nous continuons de prêcher l'abstinence pour tous sans comprendre les risques dans le cas des opioïdes. Des patients meurent dans les programmes basés sur l'abstinence [...] Ils commencent notre programme de rétablissement, puis s'arrêtent et n'ont plus de suivi. Ils se présentent aux réunions pendant un certain temps, puis [recommencent à consommer] et meurent parce que leur tolérance n'est plus la même. (participant au groupe de discussion, ayant un savoir expérientiel)

On croit que ce sont toujours les membres les moins fortunés de la société qui sont touchés. Pourtant, si les gens savaient... J'ai connu une personne qui avait été victime d'un accident de la route et qui a reçu des opioïdes [contre la douleur]. Quand son médecin a mis fin à la prescription, il a commencé à se droguer par injection à cause de la douleur physique. Nous ne faisons rien pour corriger les perceptions de la population face à ce qui déclenche la consommation de drogues. De nos jours, ce sont des gens en costume-cravate qui sont touchés. C'est là-dessus que la sensibilisation doit porter. Nous devrions préparer une vidéo qui serait éducative et non promotionnelle. Nous pourrions montrer l'homme en costume-cravate et le sans-abri côte à côte. (participant au groupe de discussion)

Des sites de consommation sécuritaire sont actuellement créés à [nom de la ville]. Un des sites est censé être à [nom de l'hôpital]. Cette mesure toucherait un grand nombre d'utilisateurs dans une population marginalisée. Toutefois, bien des gens à l'hôpital s'opposent à la présence de ce site dans leur établissement. Ils ont peur qu'il devienne un

repaire de junkies et de vendeurs et que les soins en souffrent. Mais en réalité, les données montrent que la consommation supervisée réduit les complications causées par la dépendance. C'est une bonne mesure. La plupart des gens ne reconnaissent pas les données concernant la consommation sécuritaire. (répondant clé)

Récemment, j'ai fait partie d'un panel. Le sujet de la désintoxication est arrivé sur la table et les gens étaient d'avis que davantage d'établissements de désintoxication pour les utilisateurs d'opioïdes étaient requis. [...] Les membres du panel voulaient que davantage de fonds soient injectés dans la désintoxication, et j'ai finalement dû intervenir pour rappeler que la désintoxication, ce n'est pas pour les opioïdes. Je leur ai expliqué que le [sevrage des opioïdes est différent de celui des autres substances], et tout le monde a répondu « Alors tout ce qu'on nous a dit jusqu'à maintenant était faux? » [...] Le plus inquiétant est que même des panélistes qui auraient dû être au courant se disaient en faveur d'un plus grand nombre d'établissements de désintoxication pour les utilisateurs d'opioïdes. C'est là que l'éducation doit être améliorée, à mon avis. (participant au groupe de discussion)

Une chose me dérange un peu actuellement : des gens ont l'impression que les drogues synthétiques et les opioïdes entraînent un risque pour les premiers répondants, et cette perception nous éloigne du réel problème des opioïdes. Les médias clament haut et fort que lorsque nous intervenons auprès des consommateurs, nous courons un risque. C'est de la foutaise. Ils ne représentent pas de risque. Concentrons-nous plutôt sur le véritable problème. (participant au groupe de discussion)

En plus de remettre en question des mythes et des fausses connaissances, les répondants ont mentionné que les dépendances et ses causes méritaient davantage de sensibilisation et de formations. De nombreux participants ont aussi relevé l'importance de connaître les ressources locales et les traitements disponibles pour les clients :

Ils doivent mieux comprendre ce qu'est la dépendance et ce qu'elle représente. Ils doivent abandonner cette perspective de « faillite morale ». Ils doivent connaître les traitements qui existent et savoir comment les gens peuvent les obtenir. (répondant clé ayant un savoir expérientiel)

[...] souligner que le contraire de la dépendance, c'est la connexion. (répondant clé)

Les fournisseurs de soins ne sont pas assez éduqués. Environ 10 % de la population a un problème de consommation de substances, et pourtant la plupart des fournisseurs ne savent pas comment s'occuper de ces clients. Comment peut-on ignorer quoi faire pour traiter un problème qui touche une personne sur dix? (répondant clé)

Quand je donne des formations, j'aime faire une comparaison avec une maladie qui est bien connue, comme le diabète, par exemple. Comme la dépendance, le diabète est une maladie chronique. La personne qui en souffre aura des hauts et des bas – tout comme un utilisateur de substances vivra des rechutes et des intoxications – et nous devons lui offrir des soins pour l'aider tout au long de ce continuum. Si une personne ayant le diabète fait un choc diabétique ou une crise cardiaque, nous déployons des soins actifs pour intervenir dans ces cas, mais nous avons également un volet de soins durables pour l'aider à vivre avec sa maladie, incluant différentes formes de réduction des préjudices. Cette sensibilisation est nécessaire. (participant au groupe de discussion)

Je donne un cours sur les dépendances à l'université de notre région. La dépendance est un phénomène physiologique. Habituellement, pour la vaste majorité des gens, elle découle d'un traumatisme. J'essaie de faire comprendre aux étudiants comment les dépendances apparaissent et ce qui les maintient. (répondant clé ayant un savoir expérientiel)

De quoi les fournisseurs de soins ont-ils besoin? Connaître les ressources sur le bout de leurs doigts. Mieux comprendre et mieux gérer la dépendance. Un niveau de familiarité et de formation plus élevé afin de ne pas craindre les personnes ayant subi des traumatismes et des expériences négatives. (répondant clé)

De nombreux participants réclamaient une meilleure sensibilisation et une compréhension plus approfondie des traitements, du rétablissement et du véritable rôle de la réduction des préjudices dans ce contexte plus large. Certains ont ajouté la nécessité de multiplier les efforts de sensibilisation et les formations sur les normes de pratiques exemplaires dans les protocoles de réduction des préjudices. Le commentaire suivant le démontre :

Une meilleure gestion des processus d'antidote. Par exemple, lorsque nous administrons l'antidote, nous recevons parfois des réactions négatives parce que nous annulons leur « high ». Nous devons apprendre à mieux gérer ces situations. (répondant clé)

Nous avons effectué des tas de travaux sur le processus de rétablissement chez les personnes dépendantes. [...] À partir des récits de personnes ayant des antécédents de consommation, nous avons déterminé ce qui fonctionne pour elles, ce dont elles ont besoin et vers où elles se dirigent dans leur cheminement. En fin de compte, notre conclusion est que la dépendance est un symptôme et non une cause. Nous ne traitons pas la dépendance seule, isolée du reste, parce que la consommation est un geste qui est posé pour survivre à un traumatisme vécu. Nous sommes très conscients que si nous pouvions mettre fin à la douleur et aux deuils, aux traumatismes passés, à la souffrance intergénérationnelle que nous portons en nous, ainsi qu'à la déconnexion du territoire et de la culture, à la déconnexion des autres, à la déconnexion de la communauté, alors, nous n'aurions pas besoin de régler des problèmes de dépendance, car ils n'existeraient pas. (répondant clé)

Il existe un centre de désintoxication qui exige des clients qu'ils se présentent à plusieurs reprises pour s'assurer de leur détermination à suivre le programme. Cette politique semble presque contre-intuitive, mais les résultats montrent que les clients progressent. C'est le genre d'approche que nous devons répandre en ce qui concerne le rétablissement. (participant à un groupe de discussion)

Vous savez, il est possible de choisir l'abstinence et ce type de services, mais ce n'est pas tout le monde qui veut cela ou qui est prêt à cela. En attendant, le but de nos efforts de réduction des préjudices est de garder les gens en sécurité et en vie. Et je crois qu'il est important de comprendre que certaines personnes n'arrêteront jamais de consommer des substances. (répondant clé)

4d2. Interventions axées sur la création d'un lien de confiance entre client et fournisseur

En plus de leur appel pour renforcer la sensibilisation, plusieurs participants jugeaient que les fournisseurs de première ligne et les clients profiteraient tous deux grandement de la mise en place d'interventions et d'occasions ayant pour buts la création de liens de confiance, la compréhension et la communication entre clients et fournisseurs. À ce sujet, la plupart des répondants ont souligné l'importance d'être à l'écoute, de respecter la voix et les points de vue des personnes ayant un savoir expérientiel et de faire en sorte que les interventions soient structurées de manière à assurer un « statut égal » aux clients et aux fournisseurs. Les commentaires suivants précisent ce point de vue :

Nous devons instaurer une relation de confiance avec les utilisateurs, mais comment? En faisant appel à des gens qui sont en mesure de se rapprocher d'eux, en qui les utilisateurs auront confiance. Nous lançons actuellement un programme de pairs navigateurs. [...] Ils suivent une formation pour œuvrer comme travailleurs sociaux. (répondant clé) Si une personne est appelée, à titre professionnel, à intervenir auprès d'utilisateurs de substances, il serait intéressant qu'elle commence par rencontrer un groupe de consommateurs dans un endroit sécuritaire, où ils pourront établir les règles qui encadreront leurs interactions. Ensuite, si nous rencontrons un gros problème en lien avec les surdoses d'opioïdes et que nous n'arrivons pas à l'arrêter, nous aurons besoin d'obtenir de l'information additionnelle. Nous pourrions alors nous tourner vers ce groupe d'utilisateurs déjà formé en disant « Nous avons un gros problème. Nous avons essayé plusieurs méthodes, mais aucune ne porte fruit. Que feriez-vous à notre place? » (participant au groupe de discussion)

Je crois que les intervenants devraient faire preuve d'humilité. Nous, [les personnes ayant des antécédents de consommation] sommes des experts... ils devraient nous consulter. Tout le monde a ses forces et ses besoins, et ça vaut autant pour la communauté professionnelle que pour la nôtre, n'est-ce pas? Nous pourrions rétablir les relations entre nous tout en favorisant la collaboration. (participant au groupe de discussion, ayant un savoir expérientiel)

La bonne communication et l'écoute sont essentielles. Les problèmes [de ces personnes] sont sérieux. Ce n'est pas parce qu'elles n'ont pas une jambe cassée qu'elles ne sont pas brisées à l'intérieur. Vous comprenez? (participant au groupe de discussion)

Une autre notion clé soulevée dans le cadre de ce thème est l'importance de fournir des soins sécuritaires sur le plan culturel, ainsi que l'utilité du travail de proximité par les pairs et les coordonnateurs de soutien par les pairs dans les efforts visant à renforcer la confiance auprès des personnes d'origine autochtone. Les commentaires suivants en témoignent :

Au chapitre des soins sécuritaires sur le plan culturel [...] la plupart du temps, lorsque nous allons à la rencontre d'une communauté, nous demandons aux gens pourquoi ils ne font pas appel aux services de santé mentale communautaires. Ils répondent « Nous n'avons aucune relation avec les responsables, ils nous traitent de façon horrible, aucun membre de notre groupe n'arrive à recevoir des soins, ils nous traitent d'ivrognes, c'est terrible, nous ne sommes pas les bienvenus ». C'est un problème. Alors nous allons ensuite voir les fournisseurs de services et ils nous disent qu'ils ne savent pas comment parler à ces clients,

qu'ils ne savent pas quoi faire. Force est de constater que la relation est rompue. Nous travaillons alors avec les deux parties afin de renouer les liens et leur permettre de bâtir une nouvelle relation et former une collaboration positive. (répondant clé)

Nous sommes actuellement à embaucher un coordonnateur de l'engagement des pairs qui travaillera avec les membres des Premières Nations [...] Nous voulons encourager davantage de membres des Premières Nations à devenir formateurs, à se rendre dans les communautés [...] Lorsqu'un intervenant autochtone se rend dans une communauté, il a déjà une certaine compréhension de l'histoire de celle-ci et du monde dans lequel ses habitants vivent. Cette connaissance facilite beaucoup l'établissement de liens de confiance. (répondant clé)

Des moyens de réduire la stigmatisation et la discrimination : nous offrons un cours de huit semaines sur la sécurité culturelle dans les services aux Autochtones. Nous encourageons tous nos employés à suivre cette formation. (répondant clé)

4d3. L'interaction sociale comme outil clé pour réduire la stigmatisation

Dans le même esprit, de nombreux participants ont mentionné l'importance des liens sociaux et des témoignages de rétablissement comme outil de réduction de la stigmatisation, non seulement pour renforcer la confiance et la communication entre fournisseurs et clients, mais aussi pour s'attaquer à d'autres aspects de la stigmatisation, comme la transformation des perceptions et des attitudes et la lutte contre les sentiments d'apathie et d'impuissance. Quelques commentaires sur ce sujet sont reproduits ci-dessous :

J'aimerais beaucoup voir des personnes ayant des antécédents de consommation de substances, ou même des personnes qui sont en train de lutter contre une dépendance, venir discuter avec des premiers répondants et des travailleurs de la santé, et ce, dans le but de les aider à trouver des moyens d'offrir de meilleurs soins et d'enrayer la stigmatisation. Parfois, les intervenants cherchent la façon appropriée de poser des questions. Devraient-ils dire « Consommez-vous des substances illicites? » ou « Consommez-vous des drogues récréatives? » ou tout simplement « Prenez-vous de l'héroïne? » Est-ce que les utilisateurs préfèrent l'usage du mot « dope »? Pour ce genre de détails, et même de façon générale, je trouve qu'il n'y a personne de mieux placé pour sensibiliser les intervenants que les personnes marginalisées elles-mêmes. (participant au groupe de discussion, ayant un savoir expérientiel)

J'ai vu un module de formation médicale continue, où l'on avait invité des parents de personnes qui avaient succombé à leur dépendance, à livrer leur témoignage. Cette rencontre a semblé changer les points de vue de façon positive. (répondant clé)

Je crois aussi que la connexion avec les gens – les pairs, les personnes ayant un savoir expérientiel – est extrêmement importante. [...] Beaucoup de fournisseurs de soins de santé ne connaissent pas vraiment de gens qui consomment des substances autres que l'alcool. Ils se contentent de faire des suppositions. Il est fondamental de tisser des liens, de réunir les gens. Mais réunir les gens n'est pas simple, parce que s'ils ne sont pas sensibilisés aux traumatismes, ils risquent de causer des préjudices. (participant au groupe de discussion)

Un jour que je déprimais à cause [de la crise des opioïdes], autour de Noël, j'ai découvert un article dans le [nom du journal] qui dressait le portrait d'un homme qui avait été accusé de meurtre sur un dangereux criminel. Il était au bord du suicide, mais il a trouvé Dieu, et il se consacre maintenant à aider des personnes dépendantes en leur démontrant qu'il est possible de changer de vie radicalement. Aujourd'hui, il a un emploi. Pendant le temps des Fêtes, il a passé 10 jours à [nom de la ville] auprès de personnes dépendantes. J'avais les larmes aux yeux, et je me suis dit que je penserais à lui quand je me retrouverai à administrer du Narcan à la même personne pour la 24^e fois. Peut-être qu'un jour, ce sera à cette personne de reprendre sa vie en main et de venir en aide à d'autres. Ça m'a aidé à passer à travers la semaine. (participant au groupe de discussion)

Travailler à un endroit comme [nom de l'organisme], qui accueille des personnes en rétablissement, m'aide beaucoup à me relever de mon propre épuisement, et cela, grâce au contact avec des gens qui ont réussi à franchir un obstacle majeur et qui tentent de rester sobres, qui ont des périodes de sobriété. On voit une facette complètement différente de la personne qu'ils sont. Ils sont différents lorsqu'ils ne sont pas en train de consommer activement. Ça m'aide à continuer à faire mon travail au service d'urgence. [...] Je raconte cela pour susciter un peu d'espoir : il arrive que les clients aillent mieux, et lorsqu'ils vont mieux, ils sont des personnes complètement différentes. (participant au groupe de discussion)

[Nom de l'organisation], par exemple, a adopté cette approche. Des professionnels de la santé sont venus expliquer ce que la dépendance est vraiment d'un point de vue médical. Puis, une personne ayant des antécédents de consommation de substances en rétablissement – bien avancée dans son rétablissement – est venue raconter comment la dépendance est apparue chez elle, décrire le processus de rétablissement, les difficultés rencontrées et le rôle de la discrimination dans la formation d'obstacles à leur rétablissement. (répondant clé)

Dans une autre vie, j'ai travaillé avec des hommes qui avaient commis des infractions d'ordre sexuel. Pour moi, le meilleur moyen de surmonter mon dégoût de leur comportement était d'écouter leur histoire. Lorsqu'une personne pose de tels gestes ou adopte d'autres comportements que nous ne comprenons pas, écouter leur histoire permet de remettre les choses dans leur contexte. Il est alors beaucoup plus difficile de poser des jugements. Ce constat s'applique assurément à toutes les personnes marginalisées. (répondant clé)

4d4. Formations sur les pratiques et les soins fondés sur la connaissance des traumatismes

Les participants ont été nombreux à indiquer qu'une meilleure compréhension des pratiques et des soins tenant compte des traumatismes, ainsi que l'offre de formations sur le sujet, constituaient d'autres stratégies clés relatives aux besoins d'apprentissage et à la réduction de la stigmatisation. Comme le révèlent les commentaires ci-dessous, les participants étaient d'avis que des formations sur les pratiques et les soins tenant compte des traumatismes représentaient une importante stratégie de lutte contre la stigmatisation, qui agit sur deux fronts : d'une part, elle crée un environnement sécuritaire pour la prestation des soins et des interventions, et d'autre part, elle offre des outils ou des pratiques aidant les premiers répondants à composer avec les expériences et les traumatismes indirects vécus dans leur

propre environnement de travail.

[Mon mari] a manqué beaucoup de rendez-vous, ça, je le comprends. Mais ils doivent comprendre les symptômes qui accompagnent son trouble et en tenir compte. Arriver à déceler lorsqu'un client ou un patient ment, ce n'est pas impressionnant. Créer un environnement où tout le monde se sent assez en sécurité pour ne pas mentir, ça, c'est impressionnant. (répondant clé)

Les soins tenant compte des traumatismes ont une importance cruciale. Cette notion commence à s'infiltrer dans certains organismes communautaires [...] mais ce sont des cas plutôt isolés. Il serait tellement mieux que tous les acteurs concernés aient la même perspective, mais nous n'en sommes pas là du tout. (répondant clé)

Le fait pour les clients de subir un nouveau traumatisme, qui serait causé par les fournisseurs de service, peut faire en sorte qu'ils ne se sentent pas en sécurité, et cela pourrait les amener à réagir comme si les fournisseurs étaient des menaces, puis à éviter complètement d'appeler de l'aide. Le ton de la voix ou les mots des travailleurs peuvent déclencher des réactions liées à un traumatisme. Le client peut se mettre à crier après le travailleur ou s'enfuir. [...] Ce qu'il faut enseigner aux intervenants, c'est la façon de fournir des soins qui favorisent le rétablissement émotionnel, autant que physique, et qui ne causent pas plus de préjudices que d'effets positifs. (répondant clé)

La question que les fournisseurs de services doivent se poser n'est pas « Comment cette personne s'attend-elle à ce que je l'aide? ». La question est plutôt « Comment cette personne s'attend-elle à ce que je lui fasse du mal? ». Ils doivent apprendre à interagir d'une façon qui fait clairement comprendre au client qu'il aura le choix, qu'il ne sera pas soigné comme s'il se résumait à une étiquette. (répondant clé)

Autant pour les personnes qui consomment des substances que pour les personnes qui les aident [...] au lieu de nous demander ce qui ne va pas avec telle personne, nous devons plutôt nous demander ce qui lui est arrivé. (participant au groupe de discussion)

[Le programme sur les soins tenant compte des traumatismes] s'attarde aussi aux traumatismes des fournisseurs. Il leur rappelle comment ils souhaitent se comporter et leur enseigne à être plus consciencieux, pour non seulement afficher un comportement adéquat, mais pour voir leur interaction avec les patients comme une relation. Le programme enseigne aux intervenants à être conscients de l'histoire que les gens portent en eux et leur rappelle qu'ils doivent éviter de leur faire encore plus mal. Il leur rappelle leur propre volonté d'éviter de causer des préjudices. (répondant clé)

4d5. Formations orientées vers l'intérieur pour accroître la résilience et atténuer les risques d'épuisement

La dernière stratégie sur les besoins d'apprentissage et la réduction de la stigmatisation soulignée par les participants porte sur la formation et le soutien à offrir en vue de réduire les risques et les occurrences d'épuisement chez les premiers répondants et d'accroître leur résilience. À ce sujet, l'importance de formations tenant compte des traumatismes a une fois de plus été mise en relief, tout comme les interventions orientées vers l'intérieur mettant l'accent sur la santé mentale et la résilience dans le milieu

de travail. Fait à noter, les répondants ont aussi fait valoir que toute intervention de la sorte devait profiter d'un soutien approprié de la part de l'organisation.

Quelques commentaires sur ce sujet sont reproduits ci-dessous :

[La crise] cause de l'épuisement chez les travailleurs de première ligne. Nous avons du mal à composer avec nos propres questions morales et éthiques, en plus des enjeux de santé et de sécurité psychologiques, évidemment. Il est extrêmement important de bien comprendre cette notion, et c'est l'une des lacunes de nos formations. De quelles réserves de résilience les travailleurs ont-ils besoin pour connaître du succès s'ils souhaitent poursuivre leur carrière aux premières lignes? (participant au groupe de discussion)

Soutenir les premiers répondants en faisant un suivi auprès d'eux et en leur offrant des soins pour leur guérison. Dans un cours de [nom du cours] que j'ai suivi, tous les matins, nous nous plaçons en cercle pour verbaliser tout ce qui nous tracassait. Nous faisons le vide comme ça tous les matins. Parfois, c'était court, d'autres fois, ça prenait plus de temps. C'était une bonne pratique parce que nous avons appris à nous soutenir les uns les autres. Je me suis sérieusement demandé pourquoi nous ne le faisons pas dans notre organisation. Notre travail nous expose à tellement de traumatismes. Je trouve que ce serait une démarche bénéfique et importante. (répondant clé)

À une époque, mon mari était pompier sur appel, et il a dû intervenir lors d'un terrible accident qui a tué deux garçons. Le lendemain, du soutien est arrivé. L'organisation a fait venir une équipe d'intervenants pour prendre soin des pompiers qui avaient été présents. Je crois que cette aide a fait toute la différence. Elle les a aidés à composer avec le traumatisme qu'ils avaient vécu. Les travailleurs ont besoin d'outils qui leur permettent de s'aider eux-mêmes et de s'aider les uns les autres, et ces outils sont, par exemple, les premiers soins psychologiques, la connaissance des signes de traumatisme, des pratiques et des soins tenant compte des traumatismes, ainsi que la sensibilisation. Grâce à nos séances de formation, beaucoup d'employés comprennent qu'ils ne sont pas en faute, qu'il est possible d'aller mieux, qu'ils ont simplement subi un traumatisme indirect. Beaucoup ne connaissaient pas ce phénomène. (répondant clé)

Toute personne fournissant des soins de première ligne devrait adopter des pratiques de réduction du stress basées sur la pleine conscience [méthode MBSR] ou faire de la méditation. (répondant clé)

Les recherches nous ont montré que le stress en milieu de travail, conjugué à l'exposition à un traumatisme, créait une distance sociale. Les pratiques contemplatives aident à supporter le stress en milieu de travail et permettent ainsi aux gens de demeurer ouverts et engagés, et plus aptes à fournir des soins de qualité, ce qui réduit la distance sociale. C'est là-dessus que nos ateliers mettent l'accent. (répondant clé)

Souvent, ce que mes employés recherchent est un moyen ou un outil qui leur permettrait de devenir plus forts, plus résistants. Ils sont fâchés contre eux-mêmes, et ça complique le problème encore davantage. Ils se disent « Je ne devrais pas être fâché. Je comprends la situation. J'ai vu ce qui se passe. J'ai vécu cela auparavant. Pourquoi suis-je fâché? Je suis intervenu auprès de 10 utilisateurs, ou 20 ou 30, pourquoi est-ce qu'à la 31^e intervention,

*quelque chose s'est brisé en moi et a épuisé d'un coup toutes mes réserves de résilience? »
(participant au groupe de discussion)*

Notre cadre de santé et de bien-être est doté d'un certain nombre de stratégies visant à favoriser la résilience chez nos praticiens de première ligne. Nous en sommes encore au stade du développement, et nous rencontrons encore des pierres d'achoppement causées par la stigmatisation autour des blessures psychologiques. Il faut apprendre ce qu'est une blessure psychologique, chez soi autant que chez les autres, et découvrir la méthode contemplative à suivre lors des contacts avec les clients que nous rencontrons dans le cadre de cette crise. Comment pouvons-nous modifier le langage que nous utilisons pour parler des clients? Pour parler de nos patients? Nous devons créer ce savoir, comprendre que la crise nous infligera parfois du stress et des sentiments d'apathie, reconnaître tout cela et enseigner des techniques pour accroître la résilience devant ces difficultés. Nous devons aussi assurer que les intervenants reçoivent le soutien nécessaire. (participant au groupe de discussion)

4d6. Corriger les insuffisances du système

En terminant, comme mentionné ci-dessus, les répondants clés et les participants aux discussions de groupe ont relevé la nécessité de combler les lacunes et d'éliminer les obstacles dans le système pour lutter véritablement et efficacement contre la stigmatisation. À ce chapitre, ils ont mis en relief la nécessité de comprendre, de reconnaître et d'enrayer la stigmatisation à un niveau systémique plus élevé, par exemple sur le plan des politiques et des pratiques liées à la qualité des soins, de l'allocation des ressources, de l'accès aux traitements et de la disponibilité de ceux-ci et d'autres enjeux relatifs au système. Les commentaires suivants en témoignent :

Ne perdons pas de vue qu'un des meilleurs antidotes à la stigmatisation est un traitement efficace. Ça et la prévention. Prévenir la dépendance [...] permettrait de résoudre une bonne partie des problèmes dont nous avons discuté aujourd'hui. (répondant clé)

Si vous donnez aux gens une réelle chance de se rétablir, la stigmatisation disparaît. (répondant clé)

Nous devons accorder davantage d'attention à la stigmatisation structurelle. On peut donner des ateliers jusqu'à la fin des temps, mais ce qu'il faut en réalité, c'est de changer les structures. (participant au groupe de discussion)

Des commentaires additionnels sont aussi reproduits ci-dessous. Ceux-ci ont été formulés par les participants pour attirer l'attention sur certaines problématiques précises relatives au système, qu'ils jugeaient prioritaires.

Nous avons besoin de médecins qui prescrivent de l'hydromorpone afin de mettre fin aux intoxications. (participant au groupe de discussion)

Vous avez besoin de ressources. Vous devez investir. Investir dans l'accès aux traitements. Immédiatement. (participant au groupe de discussion)

Tandis que nous parlons des besoins en matière d'apprentissage, nous devons parler du

ystème et du temps qui est consacré à ces sujets dans les programmes d'étude. Et là où ces sujets ne sont pas abordés, nous devons introduire la question, pour que les étudiants en cardiologie, par exemple, apprennent aussi ce qu'est la dépendance, qu'ils la comprennent et la reconnaissent. (participant au groupe de discussion)

Nous devons nous attaquer au problème en amont. Les médecins continuent de prescrire. C'est un élément qui explique une grande partie de nos besoins. (participant au groupe de discussion)

Ce n'est pas un problème local, ce n'est pas un problème provincial. Le seul remède consistera en un changement d'orientation pour adopter un angle de sensibilisation et de prévention. Ce n'est pas nous, les travailleurs au niveau de la rue, qui allons résoudre cette problématique. C'est bien au-delà de nos échelles salariales. Ce sont des programmes nationaux d'éducation et de prévention qui pourront changer les orientations, ou du moins éviter que ces comportements soient perpétués à l'avenir. Je ne veux pas diminuer qui que ce soit. Je sais que parfois, les choses sont très difficiles à changer, mais peut-être qu'on pourrait éviter que des problèmes additionnels surviennent. À mon sens, c'est à la prévention que nous devons consacrer nos énergies. (participant au groupe de discussion)

Nous n'avons aucun système de traitement. Nous avons un fouillis indescriptible, qui a causé la situation d'aujourd'hui. Qu'est-ce qui doit changer? Premièrement, la reconnaissance que les clients entreront en contact avec le système à plusieurs différents points. Commençons par ces points de contact. Chacun de ces points doit être une porte d'entrée, et les clients doivent y recevoir des indications sur les prochaines étapes. Aussi, je ne suis pas d'avis que les gens devraient être mis en prison pour consommation de substances. (répondant clé)

Dans une perspective plus large, on entend beaucoup de discussions intéressantes sur le modèle du Portugal⁵, n'est-ce pas? Je suis certain que plusieurs d'entre vous sont en accord avec de nombreux aspects de ce modèle. Je crois que nous devrions [...] envisager d'adapter ce modèle. La Suisse l'a fait, tout comme d'autres régions d'Europe, et tous ont connu d'excellents résultats au cours des dernières décennies. (participant au groupe de discussion)

Pour plus d'information sur la stratégie du Portugal relativement à la crise des opioïdes, visitez le : <https://www.theguardian.com/news/2017/dec/05/portugals-radical-drugs-policy-is-working-why-hasnt-the-world-copied-it>. Ce modèle est basé sur la décriminalisation des substances illicites, un meilleur accès à la réduction des préjudices et de nouvelles approches à l'égard des traitements et du rétablissement.

J'adore le modèle de traitement clinique du Danemark. Il part de la personne qui consomme, qui se présente à une clinique. Le rétablissement commence aussitôt qu'elle franchit la porte et commence à faire des choix sains. Puis les clients sont dirigés en fonction de ce qu'ils veulent. Jamais on ne leur fait comprendre qu'ils n'en valent pas la peine tant qu'ils n'arrêteront pas de consommer. On dit plutôt « Vous en valez la peine, je comprends, vous continuerez d'être pris en charge par les services de santé. » Puis, lorsque l'angoisse est passée, les clients peuvent s'acclimater et n'ont pas à prendre une décision impulsive. Ils ont réellement le choix. (participant au groupe de discussion, ayant un savoir expérientiel)

5. INITIATIVES ET PROGRAMMES PROMETTEURS

Bien que l'objectif premier de l'étude auprès des répondants clés était de mieux comprendre les problèmes, les répercussions et les solutions éventuelles dans le dossier de la stigmatisation aux premières lignes de la crise des opioïdes – et non de cibler des programmes en particulier –, les participants aux groupes de discussion ainsi que les répondants clés ont tout de même mentionné plusieurs programmes et initiatives destinés à divers fournisseurs de première ligne qui sont actuellement en place dans différentes régions et qui semblent réduire la stigmatisation.

Ces programmes correspondent à bon nombre de stratégies qui ont été décrites à la section 4d, ci-dessus, comme étant importantes pour améliorer les soins et les interventions aux premières lignes. Les programmes énumérés sont : un programme de formation sur les pratiques sécuritaires sur le plan culturel; un programme sur les pratiques sensibilisées aux traumatismes et à la résilience pour les fournisseurs de première ligne; un programme d'éducation en ligne comportant plusieurs modules; et des initiatives et des programmes ayant pour principe fondamental l'éducation fondée sur l'interaction. La recherche a cependant révélé que la plupart de ces initiatives n'avaient pas fait l'objet d'évaluations systématiques sur le plan de leur efficacité et que toutes ne sont plus en cours. Conséquemment, la création de partenariats officiels avec des programmes ciblés en vue d'évaluer leurs résultats et la mesure dans laquelle ils atteignent leurs objectifs sera au cœur de la prochaine phase de cette recherche, qui commencera en avril 2019 (voir **Section 7**, ci-dessous).

6. RECOMMANDATIONS

Les constats issus de cette recherche ont mené à la définition de plusieurs priorités clés visant à enrayer la stigmatisation et à combler les besoins en matière d'apprentissage et de soutien des premiers répondants et d'autres travailleurs aux premières lignes de la crise des opioïdes au Canada. À la lumière des résultats décrits dans le présent rapport, nous formulons les recommandations suivantes :

1. La stigmatisation est devenue un obstacle de taille à la demande d'aide et à la qualité des soins reçus par les personnes ayant des antécédents de consommation d'opioïdes et d'autres substances. Le niveau élevé de méfiance des utilisateurs face au système a été décrit comme un des effets de la stigmatisation vécus par les clients lors des interactions avec les fournisseurs de soins de santé et les premiers répondants. Ainsi, il est recommandé d'élaborer une stratégie globale de réduction de la stigmatisation et de mettre en œuvre des interventions destinées aux fournisseurs de première ligne.

- Comme point de départ, les organisations pourraient s’inspirer des leçons apprises de la présente recherche et se servir du cadre élaboré à partir des constatations de l’étude auprès des répondants clés comme guide de planification, de conception et de mise en œuvre des interventions.
 - Une autre stratégie pour la mise en œuvre de la recommandation ci-dessus serait d’appliquer les leçons apprises et les connaissances fondées sur les données probantes pour lutter contre la stigmatisation associée à la maladie mentale dans les soins de santé, notamment divers éléments clés (p. ex. Knaak, Modgill et Patten, 2014) et des modèles et des lignes directrices pour la mise en œuvre (p. ex. Knaak et Patten, 2016). Les personnes ayant des antécédents de troubles de consommation de substances doivent jouer un rôle central dans la planification, la mise en œuvre et l’évaluation des interventions adaptées ou nouvellement créées.
 - Lors de la conception et de l’exécution d’interventions de lutte contre la stigmatisation, celles-ci ne devraient pas être envisagées comme des interventions ponctuelles, mais bien comme un ensemble global d’outils et d’approches pouvant être mises en œuvre de façon complémentaire et approfondie à l’intérieur d’un cadre ou d’une stratégie plus vaste.
 - Il serait important d’assurer que les interventions et les approches adoptées sont dotées d’un cadre d’évaluation et de surveillance robuste permettant de déterminer si elles atteignent leurs objectifs.
 - La promotion d’une compassion, d’une compréhension et d’une confiance accrues entre les clients et les fournisseurs, ainsi que l’atteinte de niveaux de satisfaction de compassion supérieurs chez les premiers répondants, représentent les principes directeurs clés de l’élaboration et de la mise en œuvre des interventions de lutte contre la stigmatisation chez les premiers répondants et les fournisseurs de première ligne. Il est également d’une importance cruciale de mettre l’accent sur l’amélioration des attitudes et des comportements.
2. Il est recommandé que les approches et les stratégies prometteuses relevées dans le cadre de ce projet fassent l’objet d’évaluations systématiques sur le plan de l’efficacité et de la rentabilité. Les approches et les interventions qui portent fruit pourront ensuite être reproduites, partagées et promues à l’échelle du pays.
 3. Les dilemmes éthiques vécus par certains premiers répondants et d’autres fournisseurs de première ligne en ce qui concerne les clients à haut taux de récurrence et la crainte que les mesures de secours (p. ex. la naloxone) fassent augmenter les comportements à risque dans certaines circonstances nécessitent une attention particulière. Il serait important d’explorer ces questions plus en profondeur, idéalement dans le cadre d’une étude distincte, laquelle mettrait l’accent sur la consultation d’experts et la compréhension détaillée des données probantes sur ce sujet. Par ailleurs, l’étude aurait pour objectif de produire des recommandations sur l’éducation et les pratiques en lien avec ce sujet.
 4. Les décideurs, les professionnels et les dirigeants d’organisations sont particulièrement bien placés pour jouer un rôle de leadership en ce qui concerne l’emploi d’un langage non stigmatisant et

l'établissement de lignes directrices sur les pratiques exemplaires en matière de terminologie et de langage à utiliser lorsqu'il est question de consommation d'opioïdes, de problèmes de consommation d'opioïdes et d'autres substances, ainsi que d'intoxications et de décès liés aux opioïdes. Le langage non stigmatisant est un élément clé des efforts de lutte contre la stigmatisation qu'il faut intégrer aux interventions destinées aux premiers répondants et aux fournisseurs de première ligne.

5. Les obstacles au niveau du système et les lacunes en matière de services et de traitements exigent une attention prioritaire. Il faut notamment reconnaître, comprendre et systématiquement corriger les problèmes causés par les politiques et les pratiques de soins punitives et créant des obstacles; les insuffisances sur le plan de l'accès et de la qualité des traitements et de l'allocation des ressources; et tout autre obstacle en lien avec les politiques et les systèmes nuisant à la qualité des soins et au soutien prodigué aux personnes ayant des problèmes de consommation d'opioïdes. Il serait profitable d'entreprendre des recherches de première main, afin de systématiquement cerner les problèmes les plus importants – et les plus facilement traitables – en ce qui concerne la stigmatisation structurelle dans les soins de santé et les services sociaux (p. ex. les obstacles et les questions associés à l'accès, à l'équité, à la qualité des soins), ainsi que les recommandations et les stratégies visant le changement.
6. La prévention des problèmes liés à la consommation d'opioïdes constitue une priorité absolue de santé publique. Les efforts consacrés à la prévention et aux politiques de prévention doivent être fondés sur la connaissance de la stigmatisation. Des initiatives de lutte contre la stigmatisation sont aussi requises pour sensibiliser le grand public. Bien que la réalisation de recherches visant à mieux comprendre et enrayer la stigmatisation de la population envers les personnes ayant des problèmes de consommation d'opioïdes ou d'autres substances est recommandée, il conviendrait de commencer par utiliser les connaissances existantes sur les pratiques exemplaires de réduction de la stigmatisation entourant la maladie mentale (p. ex. Corrigan et coll., 2012), ainsi que les résultats pertinents de la présente étude.

7. LES PROCHAINES ÉTAPES

La phase II du projet de recherche sur la stigmatisation et les opioïdes a été approuvée et sera réalisée de 2019 à 2021. Cette phase comprendra les éléments suivants :

- a) Le recensement formel des programmes et des initiatives qui semblent prometteurs pour la réduction de la stigmatisation, parce qu'ils emploient les principales stratégies et approches, et ciblent les principales causes de la stigmatisation, telles que décrites dans ce rapport.
- b) La création de partenariats officiels avec les programmes recensés en vue de faire l'évaluation systématique de leur efficacité et de leurs résultats.
- c) L'évaluation des programmes partenaires au moyen du tout nouvel outil développé par Changer les mentalités, "Échelle de mesure des interventions de lutte contre la stigmatisation associée aux opioïdes à l'intention des premiers répondants et des fournisseurs de soins de première ligne" ainsi qu'au moyen de tout autre outil de mesure défini dans le protocole de recherche et la méthodologie d'évaluation.

- d) La production de rapports sur les programmes efficaces et sur toute lacune et tout problème les concernant, ainsi que la formulation de recommandations sur la reproduction, l'adaptation et la mise à l'échelle des programmes efficaces.
- e) L'adaptation, la reproduction et la mise à l'échelle, au besoin, des programmes les plus efficaces, afin qu'ils puissent rejoindre d'autres publics ciblés ou avoir une portée et des retombées plus grandes.

8. RÉFÉRENCES

Breitmayer, B., Ayres, L. et Knafl, K.A. « Triangulation in qualitative research: Evaluation of completeness and confirmation purposes », *Journal of Affective Disorders*, vol. 25, n° 3, 1993, p. 237-243.

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Opioid Crisis Having "Significant" Impact on Canada's Health Care System* (en ligne), 2017a. Consulté le 10 novembre 2017 au <https://www.cihi.ca/en/opioid-crisis-having-significant-impact-on-canadas-health-care-system>.

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Opioid-Related Harms in Canada: Data Tables* (en ligne), 2017b. Consulté le 10 novembre 2017 au <https://www.cihi.ca/en/opioid-crisis-having-significant-impact-on-canadas-health-caresystem>.

Crisp, A.H., Gelder, M.G., Rix, S., Meltzer, J.I. et Rowlands, O.J. « Stigmatisation of people with mental illnesses », *The British Journal of Psychiatry*, vol. 177, 2000, p. 4-7.

Corrigan, P.W., Morris, S.B., Michaels, P.J., Rafacz, J.D. et Rüsçh, N. « Challenging the public stigma of mental illness: A meta-analysis of outcome studies », *Psychiatric Services* (en ligne), 1^{er} oct. 2012. Accessible au <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100529>

Gouvernement du Canada. *Aperçu des données nationales sur les méfaits et les décès liés aux opioïdes* (en ligne), 2018. Consulté le 4 février 2019 au <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/consommation-problematique-medicaments-ordonnance/opioides/donnees-surveillance-recherche/mefaits-deces.html>.

Knaak, S., Mantler, E. et Szeto, A.S. « Mental illness-related stigma in health care: Barriers to access and care and evidence-based solutions », *Health care Management Forum*, vol. 30, n° 2, 2017, p. 111-116. DOI : 10.1177/0840470416679413.

Knaak, S., Modgill, G. et Patten, S. « 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, 2014, p. S19-S28.

Knaak, S. et Patten, S. « A grounded theory model for reducing stigma in health professionals in Canada », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 134, suppl. 446, 2016, p. 53-62.

Knaak, S. et Ungar, T. « Towards a mental health inequity audit », *Lancet Psychiatry*, vol. 4, 2017, p. 583.

Pettigrew, T.F. et Tropp, L.R. « How does intergroup contact reduce prejudice? Meta-analytic tests of three mediators », *European Journal of Social Psychology*, vol. 38, 2008, p. 922-934.

Room, R. « Stigma, social inequality and alcohol and drug use », *Drug and Alcohol Review*, vol. 24, 2005, p. 143-155.

Stuart, H. *Opioid Stigma*, Ottawa : Initiative Changer les mentalités de la Commission de la santé mentale du Canada, 2018.

Young, L. « Fentanyl contributed to hundreds of deaths in Canada so far this year », *Global News*, 31 juillet 2017. Consulté le 14 novembre 2017 au <https://globalnews.ca/news/3637148/fentanyl-overdoses-canada2017/>.

ANNEXE A

Managing the stigma of opioid use

Heather Stuart, PhD¹

Healthcare Management Forum
1-6
© 2019 The Canadian College of
Health Leaders. All rights reserved.
Article reuse guidelines:
sagepub.com/journals-permissions
DOI: 10.1177/0840470418798658
journals.sagepub.com/home/hmf



Abstract

Substance use stigma makes it difficult to reframe the opioid crisis as a public health issue and has been a barrier to accessing life-saving treatments. Interventions using people that convey recovery stories are promising practices. Groups that may benefit from targeted stigma reduction interventions include opioid users (to combat shame and blame), at-risk youth, first responders, dispensary personal, media, and healthcare professionals. The evidence supporting antistigma interventions is thin, with little Canadian research. Research is needed to establish the effectiveness of substance-related stigma reduction strategies. Health leaders should examine their own responsibilities to lead the public health debate, reduce opioid-related stigma, and actively engage members of the community of those with lived experience to become partners in these activities.

Introduction

The extent to which stigma undermines access to care and a coordinated public health response have become important topics of discussion in light of the growing opioid crisis in Canada and elsewhere. The minority of people with opioid use disorders receive life-saving medication maintenance therapy. Over the past 50 years, strong evidence has supported medication maintenance therapy, such that the World Health Organization has added drugs such as methadone or buprenorphine to its list of essential medications.¹ Despite this, fewer than 12% of Americans² and 25% of Canadians³ with an opioid use disorder receive this treatment. Worldwide, the figure is less than 8%.¹ To better understand the role of stigma as a barrier to care and recovery for people who use drugs, this article examines the prevalence of drug use stigma, both generally and in relation to opioid use, and considers promising approaches to stigma reduction. In this context, “stigma” refers to a complex social process that creates social and health inequities for people who use drugs.⁴ The article begins with an overview of mental illness-related stigma and evidence-informed strategies to address it, as these have implications for the substance use field. Following, it provides an overview of drug use stigma, then focuses on opioid stigma, and ends with some approaches that have been used in the fight against substance use stigma.

Mental illness stigma and strategies to overcome it

Negative societal responses to people with mental illnesses have been documented throughout history and have been identified as the single most important barrier to the development of mental health reforms worldwide. As such, governments have become increasingly aware of the heavy burden caused by mental illness stigma. In response, many countries have developed robust antistigma programs to improve public attitudes and promote better social inclusion for people with mental illnesses and their families.^{5,6} The evidence base

supporting promising and best practices in the field is growing rapidly. For example, Corrigan et al.⁷ have conducted a meta-analysis of outcome studies examining three broad paradigms of antistigma programming: educational approaches that challenge inaccurate stereotypes by replacing them with factual information, interpersonal contact with people who have had a mental illness, and social activism or protest to highlight injustices of various forms of stigma and chastise offenders for their discriminatory behaviours. They found that both education and contact significantly improved attitudes and behavioural intentions toward people with a mental illness, though contact-based approaches appeared to be more effective, particularly among adults. The Mental Health Commission of Canada’s Opening Minds antistigma initiative has used contact-based education extensively and found it to produce robust results across a variety of different target groups including youth, media, workers, and healthcare providers.^{8,9} Arboleda-Flórez and Stuart¹⁰ have identified three additional approaches that have been successfully used to combat mental illness-related stigma: legislative reform that is designed to prohibit discrimination on any grounds and improve protections and accommodations for people with a mental illness in areas such as employment, education, and housing; advocacy designed to ensure that people with a mental illness actually enjoy the rights and freedoms offered by legislation and have avenues of redress; and stigma self-management approaches that empower people with a mental illness to overcome their illness identities and move beyond the illness experience to find new personal meanings and valued social roles, consistent with a broader recovery philosophy. While these approaches have yet to be broadly applied to reduce substance use stigma,

¹ Centre for Health Services and Policy Research, Queen’s University, Kingston, Ontario, Canada.

Corresponding author:

Heather Stuart, Centre for Health Services and Policy Research, Queen’s University, Kingston, Ontario, Canada.
E-mail: heather.stuart@queensu.ca

they can serve as an important reference point and evidence-informed foundation for action.

Public perceptions of drug misuse

Considerable research shows that members of the public hold negative and stereotypic views of people who use drugs. In a large population survey in the United Kingdom, for example, 78% considered people with “drug addiction” to be unpredictable, 74% described them as dangerous, and 68% thought they were to blame for their condition, reflecting greater stigma than any of the other mental health groups studied.¹¹ Similarly, in a US survey, the highest level of social intolerance was expressed toward people with “drug dependency” (78%). Americans also considered people who use drugs to be significantly more responsible for their condition, less often considered worthy of help, and less often considered deserving of assistance in finding a job.¹² In addition, few Americans (13.3%) defined drug use disorder as a health condition.¹³ Little population research has been conducted in Canada, but publicly accessible data from the 2015 wave of the World Values Survey¹⁴ paint a similar picture. The 2015 Canadian results show that people with drug use disorders are more highly stigmatized than any other stigmatized group, with approximately 80% of the respondents indicating they would not want someone with a drug use disorder living in their neighbourhood.

There has been a long-standing tendency to view drug use as a moral and criminal issue, rather than a health one.¹⁵ Room¹⁶ talks about the “heavy load of symbolism” and “moralization” that surrounds drug use disorders making them among the most stigmatized of any health condition. As a result of these strong moral and criminal justice overtones, the field of substance use has been divided. Proponents of the view that drug use is a health condition focus on the harms that stigma carries for an individual’s health and identity and support harm reduction approaches. Proponents of the view that drug use is a moral issue tend to see stigma as a key public health tool. Stigmatizing measures are considered to be an acceptable deterrent and adopted as a means of reducing harmful behaviours.¹⁷ Stigma-as-social control tactics are fuelled by negative public perceptions, which in turn drive punitive and overly restrictive organizational behaviours.^{18,19} In Canada, there is a growing awareness of the limitations of a punitive approach and a movement toward harm reduction interventions.²⁰

Opioid stigma

Opioid use carries all of the moral connotations of drug use, with some important differences.

The stigma of medication maintenance therapy

One factor that sets opioid use apart is that medication maintenance, which is considered a best practice for the treatment of opioid use disorder, is also highly stigmatized and judged to be morally wrong. The common misperception is that a legal

medication is being substituted for an illegal one—a view that has been attributed to the slow response of governments and health agencies to promote harm reduction strategies.²¹ In one US qualitative study of 16 women and 6 men receiving opioid therapy for chronic non-malignant pain, participants reported feeling pressure from family and friends to halt the use of their prescribed pain management routines. They reported being stigmatized as “addicted” and “morally weak.”²²

Even among health professionals, the understanding of opioid use disorder as a medical problem remains overshadowed by its portrayal as a moral weakness or willful choice. Historically, this stigmatized view has separated opioid use disorder from other parts of medicine. There remains a belief that recovery depends solely on an individual’s willpower to abstain from all opioids, including medication maintenance treatments. From this perspective, “medication therapy” or “medication substitution therapy” is considered to be a character weakness and people on medication therapy may be treated as if they are still using illicit drugs. Some mutual help groups, recovery programs, and halfway houses do not allow participants to be on maintenance therapy. Members of the public have opposed locating medication-assisted treatment services in their neighbourhoods and, in some locations, have changed zoning codes to exclude them.²³

In qualitative studies, methadone clients have described stigma as a common feature of maintenance therapy.^{3,24,25} Methadone clinics are portrayed as environments filled with stigmatized identities, where staff may sit behind bulletproof glass and where dosing hours are “less flexible than a good dealer.” Studies of clients in New Zealand, Ireland, Canada, and Australia all have reported paternalistic one-sided relationships between staff and clients with excessive rules reinforcing a power imbalance,²⁶ restrictive dispensing schedules (eg, a 2-hour window each day), lack of privacy, and unfriendly dispensing staff.²¹ Clients have complained of “punishment policies” where doctors terminate treatment for using any drugs (such as marijuana), long wait times, and a lack of knowledgeable doctors. The staff were described as ignorant, condescending, patronizing, arrogant, and ingenuine. They believed that the stigma of being a “drug addict” followed them into the treatment environment. None of the clients could attest to knowing anyone who had achieved long-term success.²⁷ The requirements for daily visits, frequent and unannounced urinalyses, and mandatory group counselling sessions were uppermost in the minds of many individuals who felt they had lost control. They spoke of the total institutional character of the clinic, the shame of being an inmate, and the “liquid handcuffs” that required one to go to the clinic every day. One of the most demeaning features of clinic life was the random, frontally observed urinalyses.^{3,24} Having to defend methadone doses to other patients was another source of shame. Patients on low doses (55 mg and under) held patients on high doses (typically 90 mg or greater) with great disdain. Those on high doses were depicted as “methadone lifers” who had simply substituted one addiction for another.²⁷ Finally, pharmacies also have been identified as stigmatizing. Some individuals

have felt “outed” and humiliated by their visits because it seemed obvious to others why they were there. Drinking green liquid from a small cup or exchanging syringes, for example, revealed their “addicted” identities.²⁸ However, in at least one Canadian study,²¹ methadone clients spoke highly of pharmacy and dispensing staff who were friendly and flexible. When negative accounts of interactions were reported, they focused on feelings of discrimination that included feeling patronized, being treated with suspicion, or being made to wait unnecessarily.

Prescribed opioids also stigmatized

A second difference that sets opioid stigma apart from other substance use stigma is that a large proportion of opioid users are prescription drug users. According to the US National Institute on Drug Abuse²⁹ 21%-29% of patients who are prescribed opioids for chronic pain will misuse them and 8%-12% will develop an opioid use disorder. Approximately 80% of people who use heroin first misused prescription opioids. Recent data from Statistics Canada³⁰ show that almost a third of Canadians (29%) used some form of opioid in the 5 years prior to the survey and one quarter of these kept their leftover opioids in their homes. Fourteen percent of those using opioids with a prescription would not want their family and friends to know. Qualitative research conducted in the United Kingdom with people who used over-the-counter codeine found that participants often referred to themselves as “addicted.” They felt “dirty,” “guilty,” or “addicted” as “much as a heroin addict.” As a result, people often hid their opioid use for fear of reactions from family and friends.²⁶

In a large US study (N = 1,071; 17% recruitment to the survey; response rate 75%), respondents rated their support for punitive versus public health-oriented policies.³¹ A third reported having had personal experience through a family member, close friend, or themselves. Unlike stigma associated with other mental illnesses, there was no evidence that personal experience reduced prescription opioid stigma. Instead, respondents with personal experiences expressed higher levels of stigma on several of the measures used. In addition, higher levels of stigma were associated with greater public support for punitive policies and lower support for public health-oriented policies. Despite the fact that respondents were rating prescription-based opioid use disorder, and not illicit opioid use, a large majority (78%) considered that individuals with prescription opioid use disorder were to blame for their problem and lacked the self-discipline to use prescription opioids without becoming addicted (72%). They were unwilling to have a person with prescription opioid disorder marry into their family (68%) or work closely with them (58%) and considered them more dangerous than the general population (56%). They thought that employers should be allowed to deny employment (55%) and landlords should be allowed to deny housing (39%) to someone with a prescription opioid disorder.

Substance use stigma management approaches

Improving access to life-saving treatments is an important goal, but there also must be a parallel effort to normalize access to these interventions because stigma can act as a barrier to care.³² For example, free naloxone kits have been offered to students at the University of British Columbia, the University of Calgary, and Mount Royal University, but so far, no one has picked one up. Students may not want to be identified as an illicit drug user or they may not see themselves at risk. This example illustrates that there needs to be more work directed to help at-risk populations understand the dangers of fentanyl and the availability of naloxone and other treatments.³³ Toward this end, awareness campaigns have been launched in a number of places to make people more aware of the public health aspects of the opioid crisis. However, these often concentrate on reporting the number of overdoses and fatalities in an effort to reinforce the growing scope of the crisis. Continually reporting on the magnitude of the public health crisis may be missing the mark,³⁴ missing the opportunity to break down misconceptions, such as “once an addict, always an addict,” and change the dialogue away from the moral narrative to a healthy one.

Similarly, news organizations and media channels across Canada and the United States have increased public exposure to the opioid crisis by providing images of people overdosing in the streets or near death, sometimes with their children and others looking on and police standing in the wings. Such videos may lead to greater shaming and humiliation of victims or retraumatizing those who have lost loved ones to opioids, to say nothing of publicizing an individual’s health crisis without their consent.³⁵ There is a long history of “drug scare journalism” that shares shocking pictures on a daily basis, which reinforces the narrative that these crises are unpredictable, dangerous, and can only be dealt effectively with a criminal justice approach.³⁶ In the area of mental illness-related stigma, members of the media have developed reporting guidelines that are intended to minimize stigma.³⁷ Such guidelines could be easily expanded to include substance-related reporting.

The contributions of people who use drugs must be at the forefront of action plans to address the opioid crisis and they should be actively involved in planning and implementing solutions.³² The importance of storytelling from community members who are in long-term recovery is an important and underused strategy,³⁴ and one that has been widely and successfully used in addressing stigma related to other mental illnesses.⁸⁹ Results from at least one large randomized trial³⁸ portraying people with successfully treated substance use disorders had shown that this is a promising strategy for stigma reduction. Vignette portrayals of people with a mental illness or substance use problem who underwent successful treatment elicited significantly more positive attitudes and reduced social intolerance compared to portrayals of the same individuals without treatment. Not only do such stories model recovery, they provide a source of hope for people who are living with substance use disorders and for those who treat them. Additional qualitative research describing the lived experiences of

people who are on the frontlines (both responders and people with a substance use problem) would be helpful to better understand and mitigate stigma. Such a study is currently underway through the Opening Minds initiative of the Mental Health Commission of Canada.

What health leaders can do

There is much that Canadian health leaders can do to reduce stigma in their daily interactions with people who have substance use disorders and promote non-stigmatizing public health and organizational policies. First and foremost, they must recognize that client perceptions of stigma are a major barrier to treatment access and recovery and accept that they are in a unique position to take leadership in stigma reduction. In addition, health providers are often unaware of the facets of their own behaviours that contribute to stigmatization and they must become more aware of these.²³ For example, at the simplest level, they can commit to using person-first language in order to deliberately reframe stigmatizing representations away from morality narratives to ones that recognize substance use disorders as a health issue.²² Educational approaches, particularly those incorporating contact with people who have used substances, can increase awareness and help health professionals understand the importance of using accurate and non-judgmental language to describe substance use disorders. Terms such as “dirty” to reflect a positive urine test or “abuse” must be replaced with terms that are non-perjorative, to say nothing of terms such as “addict” or “junkie.” Other stigmatizing words include “replacement” or “substitute” therapy as these suggest that treatment medications are equal to street drugs or convey the notion of a lateral move from an illegal addiction to a legal one.³⁹

As previously described, the substance use field has long been divided between a “get tough” philosophy that uses stigma as a means of reducing substance use and a “harm reduction” philosophy that views stigma as morally unacceptable.¹⁷ Canadian health leaders have an important role to play in educating the public, policy-makers, and new generations of students about the long-term ramifications for individuals and groups that are stigmatized and help advocate for the importance of adopting a public health (rather than criminal justice) approach that promotes harm reduction and recovery.

Despite strong evidence for its efficacy, many psychosocial and community support programs continue to be opposed to medication treatment for opioid addiction and may limit individuals from access or full participation. In 2016, the Report on the Standing Committee on Health⁴⁰ made a number of recommendations for how to address the opioid crisis in Canada, including improving access to and broadening the nature of current health and addictions services to include a full spectrum of promotion, prevention, and treatment interventions. Canadian health leaders can help remove organizational and policy-related barriers to care that make it impossible for people with substance use disorders to access a full range of health and mental health interventions and supports.

Individuals who work in methadone clinics and dispensaries also must be attuned to the potential for stigmatizing interactions with their clients, particularly because client perceptions of discrimination have been linked to poor treatment outcomes.²⁷ Ensuring that dispensing policies are flexible, maintain privacy, and that dispensing staff recognize the importance of avoiding negative stereotyping would help reduce clients feeling that they are being shamed because of their addiction. Incorporating the perspectives of people who are receiving methadone and other medication maintenance therapies would be a useful starting point.

Finally, physicians have been particularly criticized for not taking leadership in ensuring that treatment approaches are driven by science rather than stigma.⁴¹ However, stigma prevents all health providers, including physicians, from getting training to treat patients who have become addicted to opioids, either illicit or controlled. It is no longer acceptable to be ill informed about addiction treatments or to stigmatize patients receiving maintenance therapies. Awareness raising and educational approaches are needed.

Conclusions

Substance use stigma has made it difficult to reframe the opioid crisis as a public health issue and has acted as a barrier to accessing evidence-based medication maintenance and other life-saving treatments. Interventions that use people who are in recovery from substance use and who are able to convey stories of hope are promising practices supported by work in other areas of mental health and should be applied to reduce substance use stigma. Groups that may benefit from targeted substance or opioid-related stigma reduction interventions could include opioid users themselves (to combat shame and blame), at-risk youth, first responders, dispensary personal, media, and healthcare professionals.

So far, the evidence base supporting antistigma interventions in this area is thin, with little Canadian research. Best practices from mental health-related stigma reduction, though relevant and useful, have not been applied to the field of substance use. Therefore, intervention research is needed to establish the effectiveness of stigma reduction strategies to the substance use field. Until such time as there is a more robust body of evidence, interventions should be piloted and evaluated to ascertain whether they produce the desired effects, are free from negative and unanticipated consequences, and whether they are generalizable to varied populations and contexts. In the meantime, much stigma has been associated with healthcare delivery and healthcare professionals. Educational and awareness initiatives aimed at health professionals may help them identify the policies, language, and behaviours that are considered by people who use opioids and other substances to be demeaning and damaging. Modelling better practices through recovery stories and first-person accounts may help health professionals better understand how to become part of the solution at individual, organizational, and societal levels. Certainly, healthcare organizations, decision-makers, and

professionals should examine their own responsibilities to lead the public health debate, reduce opioid-related stigma, and actively engage members of the community of those with lived experience to become partners in these activities.

Funding

The author(s) disclosed receipt of the following financial support for the research, authorship and/or publication of this article: This article was funded, in part, by the Opening Minds Anti-Stigma Initiative of the Mental Health Commission of Canada, which is funded through Health Canada. The views expressed in this article are those of the author and do not represent the views of the Mental Health Commission of Canada or Health Canada.

References

1. Wakeman SE. Using science to battle stigma in addressing the opioid epidemic: opioid agonist therapy saves lives. *Am J Med.* 2016;129(5):455-456.
2. Pearlman J. Combatting Massachusetts's opioid epidemic: reducing the social stigma of addiction through increased access to voluntary treatment services and expansion of mandatory clinician education programs. *Am J Law Med.* 2016; 42(4):835-857.
3. Fischer T, Chin AT, Kuo I, Kirst M, Vlahov D. Canadian illicit opiate users' views on methadone and other opiate prescription treatment: an exploratory qualitative study. *Subst Use Misuse.* 2002;37(4):495-522.
4. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology.* 2001;27(6):363-385.
5. Stuart H. Reducing the stigma of mental illness. *Glob Ment Health.* 2016;3:1-14.
6. Stuart H, Sartorius N, Thornicroft G. *Fighting mental illness related stigma what we have learned.* In: Javed A, Fountoulakis KN, eds. *Advances in Psychiatry.* Cham, Switzerland: Springer International; 2019:621-635.
7. Corrigan PW, Morris SB, Michaels PJ, Rafacz JD, Rüschn N. Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. *Psychiatr Serv.* 2012;63(10):963-973.
8. Stuart H, Chen SP, Christie R, et al. Opening minds in Canada: background and rationale. *Can J Psychiatry.* 2014;59(10 suppl 1): S8-S12.
9. Stuart H, Chen SP, Christie R, et al. Opening minds in Canada: targeting change. *Can J Psychiatry.* 2014;59(10 suppl 1):S13-S18.
10. Arboleda-Flórez J, Stuart H. From sin to science: fighting the stigmatization of mental illnesses. *Can J Psychiatry.* 2012; 57(8):457-463.
11. Crisp AH, Gelder MG, Rix S, Meltzer HI, Rowlands OJ. Stigmatisation of people with mental illnesses. *Br J Psychiatry.* 2000; 177:4-7.
12. Corrigan PW, Kuwabara SA, O'Shaughnessy J. The public stigma of mental illness and drug addiction. *J Soc Work.* 2009;9(2): 139-147.
13. Martin JK, Pescosolido BA, Tuch SA. Of fear and loathing: the role of 'disturbing behavior,' labels, and causal attributions in shaping public attitudes toward people with mental illness. *J Health Soc Behav.* 2000;41:208-223.
14. World Values Survey. World values survey data & documentation [Online]. 2015. Available at: <http://www.worldvaluessurvey.org/WVSContents.jsp>. Accessed February 25, 2015.
15. Janulis P, Ferrari JR, Fowler P. Understanding public stigma toward substance dependence. *J Appl Soc Psychol.* 2013;43(5): 1065-1072.
16. Room R. Stigma, social inequality and alcohol and drug use. *Drug Alcohol Rev.* 2005;24(2):143-155.
17. Williamson L, Thom B, Stimson GV, Uhl A. Stigma as a public health tool: implications for health promotion and citizen involvement. *Int J Drug Policy.* 2014;25(3):333-335.
18. Pescosolido B, Monahan J, Link BG, Stueve A, Kikuzawa S. The public's view of the competence, dangerousness, and need for legal coercion of persons with mental health problems. *Am J Public Health.* 1999;89(9):1339-1345.
19. van Boekel LC, et al. Public opinion on imposing restrictions to people with an alcohol or drug addiction: a cross-sectional survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2007;48:2007-2016.
20. Robertson RD, Vanlaar WGM. *Canada's Impaired Driving Framework: The Way Forward.* Ottawa, Canada: Traffic Injury Research Foundation; 2012.
21. Anstice S, Strike CJ, Brands B. Supervised methadone consumption: client issues and stigma. *Subst Use Misuse.* 2009;44(6): 794-808.
22. Vallerand AP, Nowak L. Chronic opioid therapy for nonmalignant pain: the patient's perspective. Part II barriers to chronic opioid therapy. *Pain Manag Nurs.* 2010;11(2):126-131.
23. Olsen Y, Sharfstein JM. Confronting the stigma of opioid use disorder and its treatment. *JAMA.* 2014;311(14):1393-1394.
24. Vigilant LG. The stigma paradox in methadone maintenance: naive and positive consequences of a "treatment punishment" approach to opiate addiction. *Humanity Soc.* 2004;28(4):403-418.
25. Earnshaw V, Smith L, Copenhaver M. Drug addiction stigma in the context of methadone maintenance therapy: an investigation into understudied sources of stigma. *Int J Ment Health Addict.* 2013;11(1):110-122.
26. Cooper S, Nielsen S. Stigma and social support in pharmaceutical opioid treatment populations: a scoping review. *Int J Ment Health Addict.* 2014;15(2):452-469.
27. Brener L, von Hippel W, von Hippel C, Resnick I, Treloar C. Perceptions of discriminatory treatment by staff as predictors of drug treatment completion: utility of a mixed methods approach. *Drug Alcohol Rev.* 2010;29(5):491-497.
28. Lloyd C. The stigmatization of problem drug users: a narrative literature review. *Drugs: Education, Prevention and Policy.* 2013; 20(2):85-95.
29. National Institute on Drug Abuse. Opioid overdose crisis. [Online]. 2018. Available at: <https://www.drugabuse.gov/drugs-abuse/opioids/opioid-overdose-crisis>. Accessed March 25, 2018.
30. Statistics Canada. Results of the survey on opioid awareness. 2017. 2018. Available at: <http://www.statcan.gc.ca/daily-quoti-dien/180109/dq180109a-eng.htm>. Accessed January 26, 2018.
31. Kennedy-Hendricks A, Barry CL, Gollust SE, Ensminger ME, Chisolm MS, McGinty EE. Social stigma toward persons with prescription opioid use disorder: associations with public support

- for punitive and public health-oriented policies. *Psychiatr Serv.* 2017;68(5):462-469.
32. Serota K, Buchman DZ. The opioid epidemic is an epidemic of stigma. 2017. Available at: <https://impactethics.ca/2017/08/08/the-opioid-epidemic-is-an-epidemic-of-stigma/>. Accessed January 26, 2018.
 33. News CBC. *Fentanyl antidote kits at calgary universities not being used*. Toronto, Ontario, Canada: CBC News; 2016.
 34. Appalachian Regional Commission. ORAU. 2018. Available at: <https://www.orau.org/health-communication/success-stories/report-communicating-about-opioids-in-appalachia.aspx>. Accessed January 26, 2018.
 35. Ball SA. The Buzz. 2016. Available at: <https://www.centeronaddiction.org/the-buzz-blog/social-media-perpetuates-stigma-surrounding-opioid-epidemic>. Accessed January 26, 2018.
 36. Werb D. Is media coverage of the opioid crisis making it worse?. 2016. Available at: https://www.vice.com/en_ca/article/5gqa4k/is-media-coverage-of-the-opioid-crisis-making-it-worse. Accessed: April 02, 2018.
 37. Canadian Journalism Forum on Violence and Trauma. *Minset Media Guide*. Ottawa, Ontario, Canada: The Mental Health Commission of Canada; 2015.
 38. McGinty EE, Goldman HH, Pescosolido B, Barry CL. Portraying mental illness and drug addiction as treatable health conditions: effects of a randomized experiment on stigma and discrimination. *Soc Sci Med.* 2015;126:73-85.
 39. Goodheart B. Stigma articles series: part I: patients with opioid addiction continue to face stigma. 2016. Available at: <http://atforum.com/2016/02/stigma-article-series-part-i-patients-opioid-addiction-continue-face-stigma/>. Accessed January 26, 2018.
 40. Standing Committee on Health. *Report and Recommendations on the Opioid Crisis in Canada*. Ottawa, Ontario, Canada: The Standing Committee on Health; 2016.
 41. Bains C. Family doctors should learn to treat addiction, not shun patients: expert. 2017. Available at: <https://globalnews.ca/news/3916840/family-doctors-shunning-patients-with-substance-abuse-struggles/>. Accessed January 26, 2018.



Commission de la santé mentale du Canada

Bureau 1210, 350 rue Albert
Ottawa, ON K1R 1A4

Tel : 613.683.3755
Fax : 613.798.2989

infocsmc@commissionsantementale.ca
www.commissionsantementale.ca

[@CSMC_MHCC](https://twitter.com/CSMC_MHCC) [f/theMHCC](https://facebook.com/theMHCC) [▶/1MHCC](https://youtube.com/1MHCC) [@theMHCC](https://instagram.com/theMHCC)
[in /Mental Health Commission of Canada](https://linkedin.com/company/Mental-Health-Commission-of-Canada)



Santé Canada Health 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.