

---

**Résumé des discussions de la consultation technique informelle sur la promotion des attitudes non stigmatisantes pour assurer la disponibilité, l'accès et les prestations de services de santé, de soins et de services sociaux en faveur des consommateurs de drogues du 14 au 16 janvier 2020, à Vienne, Autriche**

Mis à la disposition de la Commission des stupéfiants en tant que document de séance E/CN.7/2022/CRP.13 pour information à sa soixante-sixième session, 14-18 mars 2022, Vienne, Autriche

---

*Ce document n'a pas été officiellement édité*

---

## Table des matières

|  |    |
|--|----|
| Abréviations .....                               | 3  |
| Cadre international.....                         | 6  |
| Compréhension des attitudes stigmatisantes ..... | 8  |
| Promotion des attitudes non stigmatisantes ..... | 18 |
| Exemples de bonnes pratiques.....                | 24 |
| Conclusion.....                                  | 28 |
| Annexe.....                                      | 29 |

## Abréviations

|         |  |
|---------|--|
| SIDA    | Syndrome d'immunodéficience acquise                              |
| CND     | Commission des stupéfiants                                       |
| CSRH    | Centre de recherche sociale sur la santé                         |
| VIH     | Virus de l'immunodéficience humaine                              |
| CSMC    | Commission de la santé mentale du Canada                         |
| ODD     | Objectifs de développement durable                               |
| SEAGNU  | Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations unies |
| ONUSIDA | Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida               |
| ONUDC   | Office des Nations unies contre la drogue et le crime            |
| OMS     | Organisation mondiale de la santé                                |

## Introduction

Le présent document résume les discussions d'une consultation technique informelle organisée par l'ONUDC du 14 au 16 janvier 2020 à Vienne, en réponse à la résolution 61/11 « Promotion des attitudes non stigmatisantes pour assurer la disponibilité, l'accès et les prestations de services de santé, de soins et de services sociaux en faveur des consommateurs de drogues ». La résolution demandait à l'ONUDC « d'intégrer la sensibilisation aux attitudes stigmatisantes dans les programmes de formation existants pour les agences ayant des tâches dans les domaines de la santé, des soins et des services sociaux, ainsi que pour les autres fonctionnaires concernés... ».<sup>1</sup>

Les participants à la consultation technique informelle ont examiné les bonnes pratiques dans ce domaine sur la base de leurs expériences et de leurs recherches. L'ONUDC remercie tous ceux qui ont apporté leurs connaissances, leurs points de vue et leurs expériences.

En tant que résumé des discussions, le document se limite à une synthèse des études et des exemples considérés par les participants, couvrant à la fois la compréhension des attitudes stigmatisantes et la promotion d'attitudes non stigmatisantes pour assurer l'accès aux services. Conscients que ces études et ces exemples ne sont pas forcément universellement pertinents, ils sont présentés dans l'esprit d'un partage d'informations et d'expériences susceptibles d'éclairer les efforts globaux et équilibrés visant à promouvoir des attitudes non stigmatisantes pour assurer la disponibilité des services, en tenant compte des contextes nationaux, juridiques, culturels et socio-économiques. Les exemples présentés dans ce document peuvent également contribuer aux efforts visant à intégrer une sensibilisation aux attitudes stigmatisantes dans les programmes de formation des organismes concernés.

Pour préparer la consultation technique informelle, l'ONUDC a entrepris un processus en plusieurs phases pour recueillir des preuves scientifiques, des bonnes pratiques et des expériences.<sup>2</sup> Ce processus a été présenté pour information à la 63<sup>e</sup> session de la Commission des stupéfiants dans le document de séance E/CN.7/2020/CRP.11 Note du Secrétariat sur l'application de la résolution 61/11 « Promouvoir des attitudes non stigmatisantes pour assurer la disponibilité, l'accès et les prestations de services de santé, de soins et de services sociaux ».

---

<sup>1</sup> Commission des stupéfiants (2020), Résolution 61/11 Promotion des attitudes non stigmatisantes pour assurer la disponibilité, l'accès et les prestations de services de santé, de soins et de services sociaux en faveur des consommateurs de drogues ([https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND\\_Sessions/CND\\_61/CND\\_res2018/CND\\_Resolution\\_61\\_11.pdf](https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_61/CND_res2018/CND_Resolution_61_11.pdf)).

<sup>2</sup> L'ONUDC remercie le gouvernement du Canada pour le soutien financier apporté à ce processus multiphase.

Au cours de la première phase du processus, l'ONUDC a entrepris un aperçu de la littérature scientifique et a lancé un appel à tous les États membres pour qu'ils désignent des experts qui pourraient servir de points focaux pour ce processus.<sup>3</sup> Vingt-huit États membres ont désigné 31 experts, qui ont tous été invités à fournir des contributions, des idées, des expériences et des informations scientifiques dans le cadre d'une consultation en ligne. La consultation en ligne a également été ouverte à tous les membres du Comité des ONG de Vienne afin d'impliquer les acteurs de la société civile.<sup>4</sup>

Les résultats de l'aperçu de la littérature et de la consultation en ligne ont alimenté la deuxième phase du processus, une consultation technique informelle en présentiel organisée par l'ONUDC du 14 au 16 janvier 2020. La cinquantaine de participants comprenait les experts désignés par les États membres qui avaient apporté une contribution substantielle lors des consultations en ligne, quatre représentants désignés par les comités des ONG de Vienne et de New York, ainsi qu'un nombre limité de chercheurs identifiés comme particulièrement importants par l'examen de la littérature scientifique. En outre, dans le but de coordonner les efforts avec d'autres entités pertinentes des Nations unies pour soutenir une prise de conscience accrue des effets négatifs des attitudes stigmatisantes sur la disponibilité, l'accès et les prestations de services de santé, de soins et de services sociaux en faveur des consommateurs de drogues, l'ONUDC a invité des représentants de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de trois autres organisations régionales et internationales. La liste des participants est jointe en annexe au présent résumé.

La consultation technique informelle visait à identifier et à colliger des informations sur les bonnes pratiques liées à la résolution 61/11, et plus particulièrement à :

- Sensibiliser aux effets négatifs des attitudes stigmatisantes sur la disponibilité, l'accès et les prestations de services de santé, de soins et de services sociaux en faveur des personnes qui consomment des drogues ;
- Promouvoir des attitudes non stigmatisantes dans l'élaboration et la mise en œuvre de politiques scientifiques, fondées sur des données probantes, concernant la disponibilité, l'accès et les prestations de services de santé, de soins et de services sociaux en faveur des personnes qui consomment des drogues.

---

<sup>3</sup> Note Verbale CU 2019/64/DO/DHB/PTRS.

<sup>4</sup> Commission des stupéfiants (2020), E/CN.7/2020/CRP.11 Note du Secrétariat sur la mise en œuvre de la résolution 61/11 « Promotion des attitudes non stigmatisantes pour assurer la disponibilité, l'accès et les prestations de services de santé, de soins et de services sociaux ».

([https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND\\_Sessions/CND\\_63/CRPs/ECN72020\\_CRP11\\_e\\_V2001458.pdf](https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_63/CRPs/ECN72020_CRP11_e_V2001458.pdf)).

Tout au long du processus multiphase, l'engagement a été pris d'accueillir les populations affectées<sup>5</sup> pour qu'elles partagent leurs expériences d'attitudes stigmatisantes en relation avec la disponibilité, l'accès et les prestations de services. Cet engagement a contribué de manière significative à un dialogue constructif lors de la consultation technique informelle.

## Cadre international

La résolution 61/11 de la Commission des stupéfiants (CND) a été approuvée en réponse à un certain nombre d'engagements pris par les États membres au cours des années précédentes, et encadrée par ceux-ci. L'un des moteurs de la nécessité de cette résolution est le document final de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations unies (SEAGNU) de 2016 consacrée au problème mondial de la drogue<sup>6</sup>, dans lequel les États membres « ont réaffirmé leur détermination à s'attaquer au problème mondial de la drogue et à promouvoir activement une société exempte d'abus de drogues afin de contribuer à faire en sorte que tous puissent vivre en bonne santé, dans la dignité et la paix, dans la sécurité et la prospérité, ainsi que leur détermination à s'attaquer aux problèmes de santé publique, de sécurité et de société résultant de l'abus de drogues ». La promotion d'attitudes non stigmatisantes pour assurer les services de santé, de soins et les services sociaux est clairement liée au cadre du document final de la SEAGNU et aux recommandations opérationnelles sur la réduction de la demande et les mesures connexes, notamment la prévention et le traitement, ainsi que d'autres questions liées à la santé.

Dans le document final de la SEAGNU, les États membres ont reconnu que « la toxicomanie est un trouble de la santé complexe et multifactoriel caractérisé par une nature chronique et récurrente, avec des causes et des conséquences sociales qui peuvent être prévenues et traitées ». <sup>7</sup> La participation volontaire des personnes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues à des programmes de traitement, de réadaptation et de soins, avec leur consentement éclairé, est encouragée à tous les niveaux de la programmation sanitaire, ainsi que « des programmes et des campagnes de sensibilisation [...] pour prévenir

---

<sup>5</sup> Dans le contexte de ce document, et dans le seul but d'améliorer la lisibilité du texte, l'expression « populations affectées » désigne les personnes qui consomment des substances psychoactives, y compris l'usage non médical de substances contrôlées, et les personnes souffrant de troubles liés à la consommation de substances, qu'elles soient ou non en contact avec le système de traitement et de soins de santé, et qu'elles se soient ou non engagées dans un parcours de rétablissement ou qu'elles soient en voie de rétablissement.

<sup>6</sup> ONUDC (2016), Document final de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations unies de 2016 consacrée au problème mondial de la drogue, New York, 19-21 avril 2016 : Notre engagement commun à traiter et à contrer efficacement le problème mondial de la drogue (<https://www.unodc.org/documents/postungass2016//outcome/V1603301-E.pdf>).

<sup>7</sup> *Ibid.*, page 6.

la marginalisation sociale et promouvoir des attitudes non stigmatisantes, ainsi que pour encourager les toxicomanes à rechercher un traitement et des soins et prendre des mesures pour faciliter l'accès au traitement et développer les capacités ». <sup>8</sup> Le document poursuit en évoquant l'accès non discriminatoire à un large éventail d'interventions, y compris, mais sans s'y limiter, les modalités de traitement psychosocial, comportemental et d'assistance médicamenteuse, conformément à la législation nationale. Une attention particulière est accordée aux besoins des personnes dans le système de justice pénale, des femmes, des enfants et des jeunes.

L'accent mis sur la santé et le bien-être de l'humanité est la pierre angulaire des trois conventions internationales relatives au contrôle des drogues <sup>9</sup>, et un certain nombre de résolutions adoptées au fil des ans ont soutenu une approche solide de réduction de la demande de drogues, fondée sur la science et sur des preuves d'efficacité. En particulier, la résolution 57/4 de la CND reconnaît que les efforts visant à soutenir le rétablissement des troubles liés à la consommation de drogues doivent être compatibles avec les obligations en matière de droits de l'homme et s'inscrire dans le cadre des conventions internationales relatives au contrôle des drogues, et encourager les États membres à prendre des mesures pour garantir des attitudes non stigmatisantes à l'égard des personnes qui demandent de l'aide ou se rétablissent, pour contribuer à réduire la marginalisation et la discrimination et pour promouvoir la réinsertion sociale, en partenariat avec les différents niveaux de l'autorité gouvernementale et, le cas échéant, avec la société civile et les communautés. Dans la résolution 57/4, il est également demandé aux États membres de faciliter les échanges sur l'élaboration d'une approche du traitement des troubles liés à l'usage de drogues fondée sur les soins chroniques, à l'instar des approches adoptées pour d'autres maladies chroniques, et de soutenir et d'appuyer les programmes de réadaptation, le cas échéant, dans les écoles, les universités, les lieux de travail, les communautés et d'autres domaines. La résolution appelle à une approche globale, intégrée et équilibrée de la réduction de la demande de drogues qui promeut et protège la santé et la sécurité des individus, des familles et des communautés, tout en favorisant des attitudes non stigmatisantes.

Dans la résolution 61/11, les États membres reconnaissent que la marginalisation, les attitudes stigmatisantes, la discrimination et la crainte de répercussions sociales, professionnelles ou juridiques peuvent dissuader de nombreuses personnes qui ont besoin d'aide d'y avoir accès et conduire les personnes qui se rétablissent de façon stable et durable d'un trouble lié à la consommation de drogues à éviter de révéler leur statut de personne en voie de rétablissement. Les mesures prises pour réduire les attitudes stigmatisantes et la

---

<sup>8</sup> *Ibid.*, page 6, paragraphe (j).

<sup>9</sup> ONUDC (2013), Les conventions internationales relatives au contrôle des drogues

([https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/Int\\_Drug\\_Control\\_Conventions/Ebook/The\\_International\\_Drug\\_Control\\_Conventions\\_E.pdf](https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/Int_Drug_Control_Conventions/Ebook/The_International_Drug_Control_Conventions_E.pdf)).

discrimination doivent se faire en conjonction avec d'autres documents existants relatifs aux droits de l'homme, en veillant à ce que les personnes qui consomment des drogues aient les mêmes droits que tout autre citoyen à des soins de santé de qualité, que ce soit pour le traitement de la toxicomanie ou pour d'autres problèmes de santé, et qu'elles aient également le droit de jouir du meilleur état de santé possible leur permettant de vivre dans la dignité. Les documents pertinents en matière de droits de l'homme sont les suivants :

- la Déclaration universelle des droits de l'homme<sup>10</sup>
- la Convention relative aux droits des personnes handicapées<sup>11</sup>
- la Convention relative aux droits de l'enfant<sup>12</sup>
- le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels<sup>13</sup>

Un autre cadre pertinent est l'Agenda 2030 pour le développement durable adopté par les États membres en 2015 et servant de schéma directeur pour aborder les 17 objectifs de développement durable (ODD).<sup>14</sup> L'ODD 3 garantit une vie saine et favorise le bien-être de tous à tout âge. La promotion d'attitudes non stigmatisantes pour assurer la disponibilité, l'accès et les prestations de services de santé, de soins et de services sociaux pour tous, y compris les personnes qui consomment des drogues, contribuera à la réalisation de l'ODD 3, et plus particulièrement de la cible 3,5 sur le renforcement de la prévention et du traitement des troubles liés à la consommation de substances et de drogues. En outre, la promotion d'attitudes non stigmatisantes peut contribuer à améliorer les résultats d'autres ODD et à soutenir des changements qui contribueront aux programmes de développement aux niveaux mondial et national.

### Compréhension des attitudes stigmatisantes

Le débat sur les attitudes stigmatisantes et la stigmatisation reste complexe et peu documenté, et comprend un certain nombre de questions pour lesquelles aucun consensus n'a été atteint. Ces questions concernent à la fois les politiques susceptibles de contribuer à la stigmatisation (par exemple, dans le secteur de la santé, de l'application de la loi, de la justice pénale, de l'éducation, etc.) et aux effets de la stigmatisation elle-même. Ces questions

<sup>10</sup> Organisation des Nations unies (1948), Déclaration universelle des droits de l'homme (<https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>).

<sup>11</sup> Organisation des Nations unies (2006), Convention relative aux droits des personnes handicapées (<https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>).

<sup>12</sup> Organisation des Nations unies (1989), Convention relative aux droits de l'enfant (<https://www.unicef.org/child-rights-convention/convention-text#>).

<sup>13</sup> Organisations des Nations unies (1966), Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (<https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/cescr.aspx>).

<sup>14</sup> Organisations des Nations unies (2015), Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030 (<https://sustainabledevelopment.un.org/sdgs>).



peuvent être considérées comme un continuum, les informations contenues dans ce résumé ayant pour but d'informer et d'inspirer les discussions en cours en présentant des considérations sur la nature des attitudes stigmatisantes et de la stigmatisation, et sur les stratégies efficaces pour les réduire en tant qu'obstacles à la santé, aux soins et aux services sociaux pour les populations affectées. Dans ce contexte, il convient de souligner l'importance des interventions volontaires dans tous les services, y compris les services de prévention, de traitement, de réadaptation, d'aide au rétablissement, de soins efficaces, fondés sur des données probantes et à bas seuil d'accessibilité.

Malgré les engagements et le soutien internationaux visant à lutter contre le problème mondial de la drogue, la marginalisation, les attitudes stigmatisantes et la discrimination restent des obstacles pour les populations affectées, notamment en ce qui concerne l'accès à la santé, aux soins et aux services sociaux. Une analyse systématique de la littérature a révélé que les attitudes négatives à l'égard des patients souffrant de troubles liés à la consommation de substances étaient courantes chez les professionnels de la santé, qui n'avaient généralement ni l'éducation, la formation et le soutien suffisants, ni les connaissances, les attitudes et les croyances adéquates pour servir efficacement ces patients. Les attitudes négatives des professionnels de la santé réduisaient la perception de l'autonomie des patients et étaient associées à une diminution de l'empathie et à une approche plus détachée et orientée vers la tâche de la part des prestataires de soins, ainsi qu'à de mauvais résultats de traitement pour les patients.<sup>15</sup> Une étude ultérieure des mêmes auteurs a comparé les attitudes des spécialistes de la prévention, du traitement et des soins en matière de drogues, des médecins généralistes et du grand public. La majorité ou de forts pourcentages de ces trois groupes étaient pessimistes quant à la probabilité que les personnes souffrant de troubles liés à la consommation de substances puissent se rétablir, trouver un endroit où vivre ou conserver un emploi normal<sup>16</sup>, malgré les preuves scientifiques que les gens peuvent se rétablir et le font et que le traitement des troubles liés à la consommation de substances peut être efficace.

Les attitudes stigmatisantes à l'égard des populations affectées se reflètent dans le fait qu'elles sont systématiquement étiquetées avec des termes qui seraient inappropriés en

---

<sup>15</sup> van Boekel, L. C., Brouwers E. P. M., van Weeghel, J. et H. F. L. Garretsen (2013), Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: systematic review (La stigmatisation des professionnels de la santé à l'égard des patients souffrant de troubles liés à la consommation de substances psychoactives et ses conséquences sur la prestation des soins de santé : examen systématique). *Drug and Alcohol Dependence*. 131(1-2):23-35 (<http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018>).

<sup>16</sup> van Boekel, L. C., Brouwers E. P. M., van Weeghel, J. et H. F. L. Garretsen (2015), Comparing stigmatising attitudes towards people with substance use disorders between the general public, GPs, mental health and addiction specialists and clients (Comparaison des attitudes stigmatisantes envers les personnes souffrant de troubles liés à la consommation de substances entre le grand public, les médecins généralistes, les spécialistes de la santé mentale et de la toxicomanie et les clients). *International Journal of Social Psychiatry*. 61(6):539-49 (<https://doi.org/10.1177/0020764014562051>).

association avec d'autres problèmes de santé physique ou mentale.

L'impact de ce langage n'est pas bénin. Non seulement il reflète des attitudes stigmatisantes, mais il contribue à les perpétuer et à les susciter. Selon les études, son utilisation en référence aux populations affectées a un impact sur les perceptions, les jugements et les croyances, même chez les cliniciens hautement qualifiés de niveau doctoral en santé mentale et en troubles de la toxicomanie. Une étude a révélé que ces cliniciens étaient plus susceptibles de blâmer le sujet d'une vignette clinique et de convenir de la nécessité d'une punition lorsqu'ils étaient assignés de manière aléatoire à une vignette décrivant le sujet comme un « toxicomane », par rapport à un groupe répondant à une vignette identique dans laquelle l'individu était décrit comme une « personne souffrant d'un trouble de la consommation de substances ».<sup>17</sup> D'autres études ont donné des résultats similaires dans diverses populations.<sup>18,19,20,21</sup>

Les experts s'accordent largement à dire que les attitudes stigmatisantes ont toute une série d'effets négatifs sur les populations affectées et sur les efforts déployés pour lutter contre la consommation de drogues et les troubles liés à la consommation de drogues aux niveaux

<sup>17</sup> Kelly, J. F. et Westerhoff, C. M. (2010), Does it matter how we refer to individuals with substance-related conditions? A randomized study of two commonly used terms (La façon dont nous désignons les personnes souffrant de troubles liés à la consommation de substances est-elle importante ? Une étude randomisée de deux termes couramment utilisés). *International Journal of Drug Policy*. 21(3):202-7 (<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2009.10.010>).

<sup>18</sup> Kelly, J. F., Dow, S. J. et Westerhoff, C. (2010), Does our choice of substance-related terms influence perceptions of treatment need? An empirical investigation with two commonly used terms (Notre choix de termes relatifs aux substances influence-t-il la perception des besoins en matière de traitement ? Une enquête empirique avec deux termes couramment utilisés). *Journal of Drug Issues*. 40(4):805-18 (<https://doi.org/10.1177/002204261004000403>).

<sup>19</sup> Ashford, R. D., Brown, A. M., McDaniel, J. et Curtis, B. (2019), Biased labels: An experimental study of language and stigma among individuals in recovery and health professionals (Étiquettes biaisées : Une étude expérimentale du langage et de la stigmatisation chez les personnes en rétablissement et les professionnels de la santé). *Consommation et abus de substances*. 54(8): 1376-84 (<http://dx.doi.org/10.1080/10826084.2019.1581221>).

<sup>20</sup> Ashford, R. D., Brown, A. M. et Curtis, B. (2019), The language of substance use and recovery: Novel use of the go/no-go association task to measure implicit bias (Le langage de la consommation de substances et du rétablissement : Nouvelle utilisation de la tâche d'association go/no-go pour mesurer les préjugés implicites). *Health Communication*. 34(11):1296-302 (<http://dx.doi.org/10.1080/10410236.2018.1481709>).

<sup>21</sup> Kennedy-Hendricks, A., Barry, C. L., Gullust, S. E., Ensminger, M. E., Chisholm, M. S. et McGinty, E. E. (2017), Social stigma toward persons with prescription opioid use disorder: Associations with public support for punitive and public health-oriented policies (Stigmatisation sociale des personnes souffrant de troubles liés à l'utilisation d'opioïdes sur ordonnance : Associations avec le soutien du public aux politiques punitives et aux politiques de santé publique). *Services psychiatriques*. 68(5):462-9 (<http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.201600056>).

local, national et international. Ces impacts négatifs comprennent l'exclusion sociale, ainsi que des politiques et des pratiques qui entravent ou empêchent l'accès aux services nécessaires ainsi qu'à un logement et un emploi sûrs et stables.

Les attitudes stigmatisantes opèrent également au sein des populations affectées et de leurs familles, ce qui se traduit par l'auto-culpabilisation, la honte, la culpabilité et la conviction que l'on ne peut pas surmonter son état et que son identité est, à un degré plus ou moins important, définie par son histoire de troubles liés à la consommation de substances et ses conséquences. Cela peut renforcer les schémas comportementaux négatifs et réduire l'espoir d'un avenir meilleur qui est essentiel pour opérer les changements nécessaires pour surmonter les troubles liés à la consommation de substances.

Les attitudes stigmatisantes peuvent exister à travers un certain nombre d'expériences de vie et de défis. Ce résumé se concentre sur les attitudes stigmatisantes envers les personnes qui consomment des drogues, en notant qu'il existe des éléments communs et des chevauchements avec la stigmatisation vécue par les personnes ayant des problèmes de santé mentale. Les deux populations déclarent être stéréotypées, ressentir des préjugés et souffrir de discrimination. Cependant, les études indiquent régulièrement que « les personnes étiquetées comme toxicomanes sont considérées comme plus blâmables et dangereuses que les personnes étiquetées comme malades mentales qui, à leur tour, sont considérées plus durement que les personnes souffrant de handicaps physiques ». <sup>22</sup> Les recherches suggèrent également que les personnes qui consomment de l'alcool ou des drogues sont plus stigmatisées que celles qui fument des cigarettes ou qui sont obèses. <sup>23</sup>

Les prestataires de soins de santé non ou mal formés, lorsqu'ils rencontrent une personne qui consomme des drogues, peuvent lui faire honte, discréditer sa parole ou la description de ses expériences, lui reprocher d'avoir un trouble lié à la consommation de drogues, ou raccourcir ou refuser les soins. Malheureusement, même les praticiens les mieux intentionnés peuvent perpétuer des attitudes stigmatisantes en mettant à l'écart les personnes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues, en utilisant un langage qui véhicule un jugement explicite ou implicite de la personne et en faisant preuve d'une

---

<sup>22</sup> Corrigan, P. W., Kuwabara, S. A. et O'Shaughnessy, J. (2009), The public stigma of mental illness and drug addiction: Findings from a stratified random sample (La stigmatisation publique de la maladie mentale et de la toxicomanie : Résultats obtenus à partir d'un échantillon aléatoire stratifié). *Journal of Social Work*. 9(2):139-47 (<http://dx.doi.org/10.1177/1468017308101818>).

<sup>23</sup> Phillips, L. A. et Shaw, A. (2013), Substance use more stigmatized than smoking and obesity (La consommation de substances psychoactives est plus stigmatisée que le tabagisme et l'obésité). *Journal of Substance Use*. 18(4):247-53 (<http://dx.doi.org/10.3109/14659891.2012.661516>).

empathie réduite pour le patient, ce qui se traduit par de moins bons résultats en matière de santé.<sup>24</sup> Si la consommation de drogues peut avoir des conséquences négatives pour l'individu, sa famille et la communauté, il ne faut pas oublier que, dans les cas de troubles liés à la consommation de drogues, les comportements qui causent des dommages sont en grande partie symptomatiques d'un état de santé chronique. En 1946, la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé stipulait que : « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain... », et son préambule définit la santé comme : « ... un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »<sup>25</sup>.

Le dictionnaire définit le stigmatisme comme « une marque de honte ou de discrédit », et le pluriel « stigmates » comme « une marque ou une caractéristique identifiable, en particulier : un signe diagnostique spécifique d'une maladie ».<sup>26</sup> Dans l'un des travaux fondamentaux sur le sujet, le sociologue Erving Goffman a défini le stigmatisme comme un attribut « profondément discréditant » qui disqualifie une personne « d'une pleine acceptation sociale ». En effet, Goffman a poursuivi en décrivant la stigmatisation comme une « identité détruite ».<sup>27</sup> Les attitudes stigmatisantes associées aux populations affectées se traduisent souvent par une discrimination qui est vécue lorsqu'elles recherchent des services dans les établissements de soins de santé.

La stigmatisation peut également être décrite comme une compilation de pensées, d'attitudes et d'étiquetages négatifs qui servent à exclure ou à provoquer la séparation sociale des membres de groupes socialement définis, portant ainsi préjudice aux membres du groupe. De même, la discrimination peut être résumée comme l'acte de traiter une personne qui consomme des drogues différemment des autres sur la base de ces attitudes stigmatisantes. La stigmatisation en tant que construction peut être associée à des pensées, des perceptions et des jugements, tandis que la discrimination est associée à des actions.

---

<sup>24</sup> van Boekel, L. C., Brouwers E. P. M., van Weeghel, J. et H. F. L. Garretsen (2013), Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: systematic review (La stigmatisation des professionnels de la santé à l'égard des patients souffrant de troubles liés à la consommation de substances psychoactives et ses conséquences sur la prestation des soins de santé : examen systématique). *Drug and Alcohol Dependence*. 131(1-2):23-35 (<http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018>).

<sup>25</sup> OMS (1946), Constitution de l'Organisation mondiale de la santé (<https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>).

<sup>26</sup> <https://www.merriam-webster.com/dictionary/stigma>

<sup>27</sup> Goffman, E. (1963), *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity* (Stigmatisation : Notes sur la gestion de l'identité détruite). New York: Simon & Schuster.

Pour les populations affectées, la stigmatisation et la discrimination s'associent pour réduire le comportement de recherche de soins de santé et, potentiellement, les possibilités de bénéficier d'une santé de qualité, de soins, de services sociaux<sup>28</sup>, d'un emploi et d'une inclusion sociale. En outre, les membres des communautés soumises à cette stigmatisation peuvent accepter et appliquer ces pensées, attitudes et étiquettes négatives à elles-mêmes dans un phénomène connu sous le nom d'auto-stigmatisation.

Historiquement, la stigmatisation repose sur des différences perçues et réelles dans l'identité sociale et individuelle. Dans certains pays, la stigmatisation liée à l'ethnicité, à l'âge, à l'orientation sexuelle, au handicap ou à d'autres « marqueurs » a été utilisée pour rejeter socialement ou discréditer des individus. Alors que différents statuts sociaux (par exemple, homme ou femme, riche ou pauvre) s'inscrivent dans une hiérarchie sociale perçue comme normale, les caractéristiques stigmatisées, telles que la consommation de substances, la maladie mentale ou le fait d'avoir une ancienne condamnation, sont considérées comme anormales, ce qui entraîne l'incertitude, la tension et le rejet dans les interactions sociales.<sup>29</sup>

Selon les études, le statut social perçu peut influencer la mesure dans laquelle des attitudes stigmatisantes sont appliquées aux individus. Par exemple, une étude menée aux États-Unis d'Amérique a révélé que les récits décrivant un traitement réussi des troubles liés à l'utilisation d'opioïdes sur ordonnance pendant la grossesse influençaient positivement l'attitude du public si le sujet du récit avait un statut socio-économique élevé. En revanche, le récit n'a pas modifié les attitudes si la femme était de faible statut socio-économique, ce qui suggère que la stigmatisation et le statut social interagissent.<sup>30</sup> Cependant, l'étude a également révélé que les récits traitant des obstacles au traitement auxquels est confrontée une femme de faible statut socio-économique ont conduit à un soutien accru en faveur

---

<sup>28</sup> Corrigan, P., Schomerus, G., Shuman, V., Kraus, D., Perlick, D., Harnish, A., Kulesza, M., Kane-Willis, K., Qin, S. et Smelsonand, D. (2017), Developing a research agenda for understanding the stigma of addictions Part I: Lessons from the mental health stigma literature (Développer un programme de recherche pour comprendre la stigmatisation des addictions 1<sup>re</sup> partie : Leçons tirées de la littérature sur la stigmatisation de la santé mentale). *American Journal on Addictions*. 26(1):59-66 (<https://doi.org/10.1111/ajad.12458>).

<sup>29</sup> Phelan, J. C., Lucas, J. W., Ridgeway, C. L. et Taylor, C. J. (2014), Stigma, status, and population health (Stigmatisation, statut et santé de la population. *Social Science & Medicine*). 103:15-23 (<http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.10.004>).

<sup>30</sup> Kennedy-Hendricks, A., McGinty, E. E. et Barry, C. L. (2016), Effects of competing narratives on public perceptions of opioid pain reliever addiction during pregnancy (Effets de récits concurrents sur la perception par le public de la dépendance aux analgésiques opioïdes pendant la grossesse). *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 41(5):873-916 (<http://dx.doi.org/10.1215/03616878-3632230>).

d'une couverture élargie du traitement des troubles liés à la consommation de drogues et à une réduction du soutien aux politiques punitives.<sup>31</sup> Ainsi, les stratégies de messagerie peuvent être d'une importance capitale pour les décideurs politiques qui cherchent à réduire les impacts négatifs des attitudes stigmatisantes sur les populations affectées.

Certains marqueurs associés à la stigmatisation, comme la couleur de la peau ou le handicap physique, peuvent être visuellement observables. D'autres, comme un accent ou un défaut d'élocution, peuvent être entendus. D'autres marqueurs de stigmatisation, tels que la maladie mentale ou les troubles liés à la consommation de substances, peuvent ne pas être facilement visibles, sauf parfois en cas de crise aiguë ou lorsque les marqueurs de la consommation de drogues ou des effets secondaires des médicaments psychotropes sont observés. Ces types « cachés » de stigmatisation peuvent se manifester sous la forme d'étiquettes que l'on attribue aux individus en fonction de leur appartenance perçue à une classe, de suppositions sur leur comportement observé ou de leur diagnostic.<sup>32</sup> Étant donné que ces marqueurs ne deviennent apparents pour les autres que lorsqu'une personne reçoit un diagnostic ou cherche à se faire soigner, le désir d'éviter une telle étiquette peut souvent constituer un obstacle puissant à l'accès aux services de traitement.

La littérature de recherche sur la stigmatisation associée à la maladie mentale est plus importante que celle sur la stigmatisation associée à la consommation de drogues et aux troubles liés à la consommation de substances. Cependant, cette dernière a pris de l'ampleur ces dernières années. En outre, les recherches montrent régulièrement que la stigmatisation associée aux troubles liés à la consommation de drogues est plus importante que celle associée aux maladies mentales<sup>33</sup>, et que la stigmatisation des personnes atteintes de troubles liés à la consommation de drogues est répandue parmi les professionnels de la santé, ce qui affecte l'accès aux soins, la qualité et les résultats. L'expérience de la discrimination au sein des populations affectées est également associée à de mauvais résultats en matière de santé et de comportement, tandis que l'aliénation sociale est associée à une mauvaise santé comportementale dans ce groupe<sup>34</sup>.

---

<sup>31</sup> *Ibid.*

<sup>32</sup> Goffman, E. (1963), *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity* (Stigmatisation : Notes sur la gestion de l'identité détruite). New York: Simon & Schuster.

<sup>33</sup> Barry, C. L., McGinty, E. E., Pescosolido, B. et Goldman, H. H. (2014), *Stigma, discrimination, treatment effectiveness and policy support: comparing public views about drug addiction with mental illness* (Stigmatisation, discrimination, efficacité du traitement et soutien politique : comparaison des opinions du public sur la toxicomanie et la maladie mentale). *Psychiatric Services*. 65(10):1269-72 (<http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.201400140>).

<sup>34</sup> Ahern, J., Stuber, J. et Galea, S. (2007), *Stigma, discrimination and the health of illicit drug users* (Stigmatisation, discrimination et santé des consommateurs de drogues illicites). *Drug and Alcohol Dependence*. 88(2-3):188-96 (<http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2006.10.014>).

D'autres recherches sont nécessaires pour déterminer dans quelle mesure la stigmatisation des personnes qui consomment des drogues peut différer de celle que subissent les personnes qui répondent aux critères de diagnostic des troubles liés à la consommation de drogues. Cependant, de plus en plus de recherches s'intéressent à des facteurs tels que l'encadrement et le statut social sur la stigmatisation associée aux troubles liés à la consommation de substances. Les termes stigmatisants (tels que « toxicomane » ou « junkie ») sont associés à l'attribution d'un blâme à la personne souffrant de troubles liés à la consommation de substances et donnent lieu à des réponses plus fortement stigmatisantes que les termes décrivant les troubles liés à la consommation de substances comme une maladie ou un état de santé.

Au cours de la discussion, les participants ont évoqué trois types de stigmatisation : 1) la stigmatisation publique ou sociale, lorsqu'un groupe identifie des attitudes, des étiquettes et des stéréotypes négatifs et discriminatoires à l'égard des autres, 2) l'auto-stigmatisation, lorsqu'une personne intériorise l'étiquette ou le stéréotype qui lui est attribué, et 3) la stigmatisation structurelle, lorsque les politiques, les règlements ou les structures de la société sont informés par la stigmatisation, y contribuent ou servent directement ou indirectement à stigmatiser et à discriminer.

L'auto-stigmatisation résulte de l'intériorisation de stéréotypes et de préjugés et de leur application à soi-même. Cette dynamique complexe mérite une attention particulière dans les recherches futures. Une grande partie de la recherche actuelle sur l'auto-stigmatisation est liée à la santé mentale.

Corrigan et al. ont travaillé sur un modèle d'auto-stigmatisation de la santé mentale en quatre étapes<sup>35</sup> qui comprend : 1) la prise de conscience de la perception publique de la santé mentale, 2) l'accord ou l'affirmation de la perception publique indépendamment de l'expérience réelle, 3) l'application à soi-même de la perception publique de la santé mentale, et enfin, 4) la réduction de la valeur personnelle due à l'intériorisation de la perception publique négative de la maladie mentale, indépendamment de son exactitude.

En 2017, Matthews, Dwyer et Snoek ont publié « Stigma and Self-Stigma in Addiction » (Stigmatisation et auto-stigmatisation en matière de toxicomanie)<sup>36</sup>, qui traite de la relation entre la stigmatisation publique et l'auto-stigmatisation en ce qui concerne les comportements de consommation de substances. Ils émettent l'hypothèse que les

---

<sup>35</sup> Corrigan, P. W., Rafacz, J. et Rüsck, N. (2011), Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness (Examen d'un modèle progressif d'auto-stigmatisation et de son impact sur les personnes atteintes d'une maladie mentale grave). *Psychiatry Research*.189(3):339-43 (<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.05.024>).

<sup>36</sup> Matthews, S., Dwyer, R. et Snoek, A. (2017), Stigma and self-stigma in addiction (Stigmatisation et auto-stigmatisation dans la dépendance). *Journal of Bioethical Inquiry*. 14(2):275-86 (<http://dx.doi.org/10.1007/s11673-017-9784-y>).

stéréotypes négatifs liés aux troubles liés à la consommation de substances sont intériorisés et « tournent en boucle » dans la dynamique des pensées et des comportements de l'individu. Leur étude qualitative auprès de personnes souffrant de troubles liés à la consommation de substances décrit un effet direct de la stigmatisation publique qui contribue à un sentiment de honte et entraîne un mode de consommation de substances motivé par le besoin d'oublier, d'effacer ou d'éviter ce sentiment de honte. Les résultats de l'étude qualitative plaident fortement en faveur d'une politique et de programmes sociaux qui réduisent le langage favorisant les attitudes stigmatisantes et soutiennent des structures de soutien social inclusives. Cette constatation est conforme à la littérature axée sur la schizophrénie qui passe en revue les facteurs sociaux et structurels qui contribuent à un sentiment d'exclusion sociale et à l'intériorisation des préjugés sociaux.<sup>37</sup>

La stigmatisation structurelle englobe les politiques, les lois, les règlements et les pratiques qui influencent la conception ou la mise en œuvre des services de santé, des soins et des services sociaux. La stigmatisation structurelle peut être omniprésente et difficile à reconnaître et contribue à des résultats de santé défavorables pour les membres du groupe stigmatisé.<sup>38</sup> Parmi les exemples de stigmatisation structurelle, on peut citer les lois, les politiques et les pratiques informelles qui empêchent une personne actuellement ou précédemment impliquée dans le système de justice pénale en raison d'une infraction liée à la consommation de drogues d'obtenir un permis de conduire, de trouver un emploi rémunéré ou un logement. Au sens large, la stigmatisation structurelle se traduit par des politiques et des pratiques qui marginalisent les populations affectées, entravant ainsi leur accès à la santé, aux soins ou aux services sociaux. Un autre exemple de stigmatisation structurelle est observé lorsque les populations affectées ne peuvent pas accéder à la qualité et à la quantité de services sanitaires et sociaux qui sont généralement disponibles pour d'autres problèmes de santé. La reconnaissance et la modification des pratiques institutionnelles qui marginalisent un groupe, quel qu'il soit, ont le potentiel de modifier positivement les normes culturelles et de permettre un meilleur accès à la santé, aux soins et aux services sociaux.<sup>39</sup>

---

<sup>37</sup> Mora-Rios, J., Ortega-Ortega, M. et Natera, G. (2016), Subjective experience and resources for coping with stigma in people with a diagnosis of schizophrenia: An intersectional approach (Expérience subjective et ressources pour faire face à la stigmatisation chez les personnes ayant reçu un diagnostic de schizophrénie : Une approche intersectionnelle). *Qualitative Health Research*. 26(5):697-711 (<https://doi.org/10.1177/1049732315570118>).

<sup>38</sup> Hatzenbuehler, M. L. (2016), Structural stigma: Research evidence and implications for psychological science (Stigmatisation structurelle : Preuves de recherche et implications pour la science psychologique). *American Psychologist*. 71(8):742-51 (<https://doi.org/10.1037/amp000068>).

<sup>39</sup> Link, B.G., Yang, L.H., Phelan, J.C. et Collins, P.Y. (2004), Measuring mental illness stigma (Mesurer la stigmatisation de la maladie mentale). *Schizophrenia Bulletin*. 30(3):511-41 (<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007098>).



## Étude de cas : Projet de surveillance des indicateurs de stigmatisation

*Le Centre de recherche sociale sur la santé (CSRH), dirigé par le professeur de Scientia Carla Treloar, entreprend des recherches comportementales et sociales afin de mieux comprendre les facteurs individuels, sociaux et structurels qui influencent les comportements, les expériences et les résultats liés à la santé.*

*Le CSRH travaille en étroite collaboration avec des partenaires communautaires, non gouvernementaux et gouvernementaux pour s'assurer que la recherche alimente des politiques et des pratiques appropriées et efficaces au niveau local, national et international.*

*Depuis 2015, le ministère australien de la Santé a accordé un financement au CSRH pour développer et mettre en œuvre le projet de surveillance des indicateurs de stigmatisation. Le projet vise à mettre au point un indicateur de stigmatisation parmi les groupes prioritaires identifiés par les cinq stratégies nationales de lutte contre les virus transmis par le sang et les infections sexuellement transmissibles, notamment les personnes qui s'injectent des drogues, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes vivant avec le VIH, les personnes vivant avec une hépatite virale (B et C) et les personnes qui se livrent au commerce du sexe.*

*Chacune des cinq stratégies comporte un objectif visant à « éliminer l'impact négatif de la stigmatisation, de la discrimination et des problèmes juridiques et de droits de l'homme sur la santé des personnes ». Le projet de surveillance vise à identifier des indicateurs et des moyens de mesurer la stigmatisation et à suivre les progrès accomplis dans la réalisation de ces objectifs. Par exemple, en 2018, les questions incluses dans une enquête en ligne auprès des travailleurs de la santé demandaient s'ils se comporteraient négativement envers d'autres personnes en raison de certains attributs, ou s'ils avaient été témoins d'autres travailleurs de la santé se comportant négativement envers d'autres personnes au cours des 12 derniers mois en raison de ces mêmes attributs.*

*Le travail du projet de surveillance se poursuit et comprend des rapports destinés à alimenter le débat sur la stigmatisation, tels que le « Résumé du projet de surveillance des indicateurs de stigmatisation : Les travailleurs de la santé » et le « Résumé du projet de surveillance des indicateurs de stigmatisation : Les personnes qui s'injectent des drogues / L'hépatite C chez les personnes qui s'injectent des drogues ». Le projet a également publié un certain nombre d'articles de journaux soulignant l'impact de la stigmatisation, notamment sur les personnes qui s'injectent des drogues. Tous les documents associés au projet de surveillance des indicateurs de stigmatisation peuvent être consultés sur le site web : <https://www.arts.unsw.edu.au/centre-social-research-health/our-projects/stigma-indicators-monitoring-project>.*

## Promotion des attitudes non stigmatisantes

La réduction de la stigmatisation améliorera l'accès des populations affectées à la santé, aux soins et aux services sociaux. En 2016, l'*American Journal on Addictions* (Journal américain sur les addictions) a publié un article proposant les trois approches distinctes ci-après pour aborder la stigmatisation parmi les différents groupes de parties prenantes ayant un rôle dans la perpétuation ou la réduction de la stigmatisation<sup>40</sup> : 1) une approche axée sur les services qui vise à réduire la stigmatisation afin que les personnes soient plus susceptibles de rechercher des services en cas de besoin, 2) une approche fondée sur les droits qui vise à remplacer la discrimination par des opportunités, et 3) une approche fondée sur la valeur personnelle qui vise à réduire la honte et la stigmatisation. Dans le domaine de la prévention, du traitement et de la prise en charge de la toxicomanie, l'approche fondée sur la valeur personnelle est souvent ancrée dans les groupes d'entraide, les services de soutien au rétablissement par les pairs, la défense des droits et les événements publics tels que les marches, les rassemblements ou les réunions sociales au cours desquels la communauté célèbre publiquement le rétablissement des troubles liés à la consommation de drogue et les personnes en rétablissement partagent publiquement leurs histoires. Les études soulignent la nécessité pour les responsables politiques, les décideurs, les planificateurs stratégiques et les autres dirigeants de prendre en compte ces trois approches dans le cadre d'une démarche soigneusement planifiée, intégrée et globale, en tant que stratégie d'atténuation des éventuelles conséquences négatives involontaires.

Les interventions éducatives qui sensibilisent le grand public, les décideurs, les prestataires de services sanitaires et sociaux et les partenaires de la société civile figurent parmi les approches les plus couramment adoptées pour réduire la stigmatisation. Les interventions éducatives sensibilisent à la stigmatisation, à son impact, à la façon dont elle se perpétue et aux mesures qui peuvent être prises pour la réduire. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour identifier les approches éducatives les plus efficaces pour réduire et prévenir les attitudes stigmatisantes à l'égard des populations vulnérables, y compris les femmes enceintes et allaitantes, afin de promouvoir et de favoriser des liens solides avec les services de garde d'enfants, d'emploi, d'éducation, de logement et autres services pertinents disponibles.<sup>41</sup> Si l'amélioration des connaissances peut modifier les perceptions ou les

<sup>40</sup> Corrigan, P., Schomerus, G., Shuman, V., Kraus, D., Perlick, D., Harnish, A., Kulesza, M., Kane-Willis, K., Qin, S. et Smelsonand, D. (2017), *Developing a research agenda for understanding the stigma of addictions Part I: Lessons from the mental health stigma literature* (Développer un programme de recherche pour comprendre la stigmatisation des addictions 1<sup>re</sup> partie : Leçons tirées de la littérature sur la stigmatisation de la santé mentale). *American Journal on Addictions*. 26(1):59-66 (<https://doi.org/10.1111/ajad.12458>).

<sup>41</sup> OMS (2014), *Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy* (Lignes directrices pour l'identification et la prise en charge de la consommation de substances et des troubles liés à la consommation de substances pendant la grossesse), p.7 ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107130/9789241548731\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107130/9789241548731_eng.pdf)).

attitudes des professionnels de la santé, il n'existe que peu de preuves que cela soit lié à des changements durables dans la pratique des soins de santé. D'autres recherches sont également nécessaires pour identifier les meilleurs mécanismes de mise en œuvre des interventions éducatives (par exemple, conférence traditionnelle, processus d'apprentissage participatif interactif, apprentissage en ligne ou processus d'apprentissage autodirigé). Il convient de noter que l'éducation est souvent associée à des changements dans la stigmatisation publique, mais qu'elle peut également contribuer à réduire l'auto-stigmatisation.

Les interventions de contact, c'est-à-dire les échanges facilités et significatifs avec des personnes ayant une expérience vécue, constituent une approche courante de réduction de la stigmatisation. Elles peuvent être particulièrement efficaces lorsqu'elles impliquent des personnes en voie de rétablissement de troubles liés à la consommation de drogues. Une méta-analyse a révélé que les réductions de la stigmatisation associées aux interventions de contact étaient attribuables à au moins trois facteurs : (1) l'amélioration des connaissances sur l'autre groupe, (2) la réduction de l'anxiété liée aux contacts entre les groupes et (3) l'augmentation de l'empathie et de la prise de recul.<sup>42</sup> Parmi ces trois éléments, l'amélioration des connaissances semble avoir l'effet le plus faible.

Pour lutter contre la stigmatisation associée à la consommation de drogues, Corrigan et ses collègues suggèrent que les modèles axés sur les droits et la valeur personnelle des personnes en rétablissement dans le cadre d'un modèle de contact pourraient constituer la stratégie la plus efficace pour réduire la stigmatisation associée au trouble de l'usage des opioïdes<sup>43</sup>. Les programmes pilotes mis en place aux États-Unis dans le cadre d'initiatives telles que le Recovery Community Support Program (Programme de soutien communautaire au rétablissement) (devenu par la suite le Recovery Community Services Program ou Programme de services communautaires au rétablissement) en sont un exemple. Ils aident les personnes en voie de rétablissement à mettre en place un programme axé sur les droits et la valeur, par exemple en présentant le National Recovery Month (Mois national du rétablissement) comme une occasion de montrer que le rétablissement est possible et en le célébrant comme un moment d'espoir pour les personnes affectées par un trouble lié à la consommation de substances et leurs proches.<sup>44</sup>

---

<sup>42</sup> Pettigrew, T. F. et Tropp, L. R. (2008), How does intergroup contact reduce prejudice? Meta-analytic tests of three mediators. (Comment le contact entre les groupes réduit-il les préjugés ? Tests méta-analytiques de trois médiateurs.) *European Journal of Social Psychology*. 38:922-34. (<https://psycnet.apa.org/doi/10.1002/ejsp.504>).

<sup>43</sup> Corrigan, P. W. et Nieweglowski, K. (2018), Stigma and the public health agenda for the opioid crisis in America (La stigmatisation et le programme de santé publique pour la crise des opioïdes en Amérique). *International Journal of Drug Policy*. 59:44-49 (<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.06.015>).

<sup>44</sup> Kaplan, L., Nugent, C., Baker, M., Westley Clark, H. et Veysey, B. M. (2010), Introduction: The Recovery Community Services Program (Introduction : Le programme de services communautaires de rétablissement). *Alcoholism Treatment Quarterly*. 28(3): 244-55 (<https://doi.org/10.1080/07347324.2010.488522>).

## Étude de cas

### Expériences de la Commission de la santé mentale du Canada en matière de réduction de la stigmatisation : Comment utiliser efficacement l'éducation par contact

*La Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) a été fondée en 2007. Une partie importante de son travail a consisté à s'attaquer au problème de la stigmatisation liée à la maladie mentale dans la société canadienne, qui s'est étendue ces dernières années à la stigmatisation des personnes ayant des problèmes de consommation d'opioïdes et d'autres drogues, notamment telle qu'elle se manifeste dans divers contextes de première intervention et de soins de santé et sociaux. L'approche adoptée par la CSMC est novatrice, ciblée et fondée sur des données probantes.*

*Les résultats des études d'évaluation de la CSMC suggèrent que l'éducation par le contact peut être un outil très efficace pour améliorer les attitudes, l'orientation vers la bienveillance et les comportements d'aide. Dans les interventions les plus efficaces, les histoires et expériences personnelles sont adaptées pour refléter et renforcer les principaux objectifs éducatifs du programme. Elles comprennent généralement une combinaison de contacts sociaux en vidéo et en direct. En général, l'utilisation efficace du contact social est celle qui crée un lien personnel positif et établit la confiance entre l'orateur et le public, active la compassion et la compréhension, renforce la croyance dans la réalité du bien-être et de la rétablissement des personnes ayant des problèmes de toxicomanie, réfute les stéréotypes négatifs et les perceptions erronées courantes concernant les personnes ayant des problèmes de toxicomanie et la nature de la toxicomanie, et qui est complété par des composantes éducatives axées sur la stigmatisation qui visent à améliorer le langage et à modifier positivement les croyances et les comportements à l'égard des personnes ayant des problèmes de toxicomanie<sup>45,46</sup>.*

Des prestataires de soins de santé bien informés, éduqués et formés peuvent contribuer à des stratégies efficaces qui répondent aux besoins des populations affectées et réduisent la stigmatisation. L'ONUDC, en collaboration avec l'OMS, a publié deux documents qui encouragent les pratiques sanitaires liées à l'usage de drogues, fondées sur la science et sur des preuves solides de résultats efficaces. Les *Normes internationales relatives à la prévention de l'usage des drogues*<sup>47</sup> et les *Normes internationales pour le traitement des*

<sup>45</sup> Knaak, S., Christie, R., Mercer, S. et Stuart, H. (2018), *Stigma and the opioid crisis: Final report* (La stigmatisation et la crise des opioïdes : Rapport final). Ottawa: Commission de la santé mentale du Canada ([https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/2019-07/Opioid\\_Report\\_july\\_2019\\_eng.pdf](https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/2019-07/Opioid_Report_july_2019_eng.pdf)).

<sup>46</sup> Knaak, S., Kharpal, K., Benes, K. et Bartram, M. (2021), *Reducing opioid and substance use stigma in healthcare and other direct service delivery settings. Evaluation results from four programs* (Réduire la stigmatisation de la consommation d'opioïdes et de substances psychoactives dans le secteur des soins de santé et dans d'autres contextes de prestation de services directs. Résultats de l'évaluation de quatre programmes). Ottawa: Commission de la santé mentale du Canada ([https://mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/2021/09/Reducing\\_Opioid\\_and\\_Substance\\_Use\\_Related\\_Stigma\\_Evaluation\\_Results\\_eng.pdf](https://mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/2021/09/Reducing_Opioid_and_Substance_Use_Related_Stigma_Evaluation_Results_eng.pdf)).

<sup>47</sup> ONUDC, OMS (2018), *International standards on drug use prevention, second updated edition* (Normes internationales relatives à la prévention de l'usage des drogues, deuxième édition mise à jour) (<https://www.unodc.org/unodc/en/prevention/prevention-standards.html>).

*troubles liés à l'usage des drogues*<sup>48</sup> fournissent aux praticiens des conseils sur les stratégies et pratiques sanitaires efficaces en matière de prévention, de traitement et de soins.

L'ONUDC répond également aux besoins des personnes qui consomment des drogues et des personnes en milieu carcéral, deux populations clés qui sont vulnérables au VIH, à l'hépatite virale, à la tuberculose et à d'autres maladies transmissibles. L'ONUDC, le Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et l'OMS ont élaboré des réponses fondées sur des données probantes et sur les droits en faveur des personnes qui consomment des drogues,<sup>49,50,51</sup> y compris un programme complet d'interventions largement approuvé pour la prévention, le traitement et la prise en charge du VIH chez les personnes qui s'injectent des drogues. Le programme complet comprend :

1. Programmes d'échange d'aiguilles et de seringues
2. Thérapie de substitution aux opiacés et autres traitements de la toxicomanie fondés sur des données probantes
3. Dépistage et conseil en matière de VIH
4. Thérapie antirétrovirale
5. Prévention et traitement des infections sexuellement transmissibles
6. Programmes de préservatifs en faveur des personnes qui s'injectent des drogues et leurs partenaires
7. Information, éducation et communication ciblées en faveur des personnes qui s'injectent des drogues et leurs partenaires
8. Prévention, vaccination, diagnostic et traitement de l'hépatite virale
9. Prévention, diagnostic et traitement de la tuberculose
10. Prévention des overdoses.

Historiquement, ce travail est fondé sur la garantie de l'accès au dépistage, aux tests et aux soins pour toutes les personnes, y compris les plus vulnérables et celles qui sont victimes de stigmatisation et de discrimination. Il est important de reconnaître que les partenaires de la

---

<sup>48</sup> ONUDC, OMS (2020), International standards for the treatment of drug use disorders (Normes internationales pour le traitement des troubles liés à l'usage des drogues) ([https://www.unodc.org/documents/International\\_Standards\\_2016\\_for\\_CND.pdf](https://www.unodc.org/documents/International_Standards_2016_for_CND.pdf)).

<sup>49</sup> OMS (2012), Guide technique de l'OMS, de l'ONUDC et de l'ONUSIDA destiné aux pays pour la définition des objectifs en matière d'accès universel à la prévention, au traitement et à la prise en charge du VIH en faveur des consommateurs de drogues injectables, révision 2012. ([https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/People\\_who\\_use\\_drugs/Target\\_setting\\_guide2012\\_eng.pdf](https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/People_who_use_drugs/Target_setting_guide2012_eng.pdf)).

<sup>50</sup> ONUDC (2019), HIV prevention, treatment, care and support for people who use stimulant drugs (Prévention, traitement et soins en matière de VIH en faveur des personnes qui consomment des drogues stimulantes). Guide technique de l'ONUDC, de l'OMS et de l'ONUSIDA) ([https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/People\\_who\\_use\\_drugs/19-04568\\_HIV\\_Prevention\\_Guide\\_ebook.pdf](https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/People_who_use_drugs/19-04568_HIV_Prevention_Guide_ebook.pdf)).

<sup>51</sup> ONUDC (2020), Prévention, traitement et soins en matière de VIH dans les prisons et autres structures fermées : ensemble complet de mesures d'intervention. Mémoire technique de l'ONUDC, de l'OIT, de l'OMS, du FNUAP, de l'ONUSIDA et du PNUD mise à jour 2020 ([https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/Prisons\\_and\\_other\\_closed\\_settings/20-06330\\_HIV\\_update\\_eBook.pdf](https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/Prisons_and_other_closed_settings/20-06330_HIV_update_eBook.pdf)).

société civile et les défenseurs des droits doivent systématiquement faire entendre la voix et le point de vue des personnes qui consomment des drogues afin d'accroître la sensibilisation, de réduire la stigmatisation et de promouvoir une réponse inclusive.

Lorsqu'il est promu collectivement en tant que continuum de services centrés sur la santé pour traiter la consommation de drogues, les troubles liés à la consommation de drogues et leurs conséquences sanitaires et sociales, l'ensemble des interventions ci-dessus peut constituer une base solide pour les États membres afin de promouvoir des attitudes non stigmatisantes pour garantir la disponibilité, l'accès et les prestations de services de santé, de soins et de services sociaux en faveur des personnes qui consomment des drogues.

### Étude de cas

#### Une évaluation de la co-conception d'un programme pilote de formation anti-stigmatisation

*En 2018, CityWide, une organisation de la République d'Irlande, a lancé la campagne « Stop the Stigma » (« Halte à la stigmatisation ») pour sensibiliser et combattre la stigmatisation liée à la drogue et son impact sur les personnes qui en consomment. Au cours de la première phase, Citywide a commandé une étude visant à élaborer un modèle de programme de formation à la lutte contre la stigmatisation à l'intention du personnel des services publics concernés, en impliquant de manière significative des personnes ayant une expérience de la consommation de drogue dans sa mise en œuvre éventuelle. Dans la seconde phase, le programme de formation a été développé et une étude pilote a été menée en partenariat avec le projet SAOL pour évaluer le processus, le déploiement et l'impact du programme.*

*Une enquête de suivi auprès des participants au programme de formation pilote a montré que celui-ci avait répondu à leurs attentes. Il s'agissait notamment de comprendre la stigmatisation et la façon de la combattre, et d'en apprendre davantage sur leur propre stigmatisation, sur la façon dont elle affecte leur pratique et sur l'impact qu'elle a sur les services et les utilisateurs. Les résultats de l'enquête ont mesuré la stigmatisation dans neuf domaines, et les résultats ont montré des améliorations dans huit d'entre eux. Trois de ces améliorations, à savoir l'attribution de la faute, le comportement d'évitement et la ségrégation, étaient statistiquement significatives malgré la très petite taille des échantillons. Le travail de CityWide Pilot est en cours, et il est prévu de l'étendre davantage lors de futurs déploiements.<sup>52</sup>*

Un thème transversal entre les interventions d'éducation et les interventions de contact est l'importance du langage dans la promotion des attitudes stigmatisantes. L'élimination d'un tel langage est une stratégie pratique qui peut être utilisée dans les conversations à tous les niveaux : entre individus, au sein des services et dans les discussions sur les politiques nationales et internationales. Un changement de langage contribue à des changements d'attitudes et finalement d'actions. Dans de nombreux domaines de la profession de la santé,

<sup>52</sup> Comiskey, C., Banka, S., McDonagh, D et Galligan, K. (2021), An evaluation of the co-design of a CityWide pilot anti-stigma training programme (Une évaluation de la co-conception d'un programme pilote CityWide de formation à la lutte contre la stigmatisation)([https://www.citywide.ie/assets/files/pdf/citywide\\_anti-stigma\\_training\\_report\\_final.pdf](https://www.citywide.ie/assets/files/pdf/citywide_anti-stigma_training_report_final.pdf)).

il n'est pas rare de constater un changement de langage au fil des ans, à mesure que les données scientifiques et pratiques évoluent.

Des chercheurs et des professionnels dans les domaines de la prévention de la toxicomanie, du traitement des troubles liés à la consommation de drogues, ainsi que la communauté organisée du rétablissement et un nombre croissant de chercheurs sur les politiques, les communications et la stigmatisation, ont appelé à remplacer le langage favorisant les attitudes stigmatisantes par des termes plus neutres et fondés sur la science. L'appel est généralement lancé en faveur d'un langage centré sur la personne, tel que celui utilisé pour décrire les personnes souffrant de troubles mentaux et les personnes souffrant de maladies chroniques ou de handicaps (par exemple, « personne qui consomme des drogues » plutôt que « consommateur de drogues » ; et « personne souffrant de troubles liés à la consommation de substances » ou « personne en voie de rétablissement » plutôt que « toxicomane », « alcoolique » ou « toxicomane repent »).

Si l'adoption d'un langage neutre, fondé sur la science et privilégiant la personne est d'une importance capitale, il faut reconnaître que changer le langage ne suffit pas à réduire la discrimination, surtout lorsque celle-ci est institutionnalisée dans la loi, la politique ou une pratique de longue date.

En outre, le changement de langage exige un engagement continu, une sensibilisation de divers groupes de parties prenantes et du temps. Si, dans certains contextes, la langue peut se prêter à un changement relativement rapide, dans d'autres, il s'agira d'un processus beaucoup plus lent nécessitant de la persévérance (par exemple, changer le langage des politiques et des statuts internationaux et nationaux). Enfin, pour obtenir des changements durables d'attitude et de comportement, il faut du contact, de l'éducation, une compréhension de l'impact des mots sur les gens et du pouvoir potentiellement transformateur du langage.

## Exemples de bonnes pratiques

Voici une liste d'exemples de bonnes pratiques visant à promouvoir des attitudes non stigmatisantes et à garantir la disponibilité, l'accès et les prestations de services de santé, de soins et de services sociaux pour les populations affectées. Ces exemples s'articulent autour de quatre domaines : l'éducation, les contacts significatifs, les pratiques de qualité, ainsi que les politiques et la recherche.

Éducation des décideurs politiques, des prestataires de services sociaux et de santé et du grand public

- Veiller à ce que toutes les personnes qui travaillent dans le domaine de la santé et des services sociaux soient éduquées et bien formées à la nature des troubles liés à la consommation de substances et de drogues, aux attitudes stigmatisantes à l'égard des populations affectées, ainsi qu'à la prévention, au traitement, aux soins de santé, à la protection sociale et à la réadaptation efficaces et fondés sur des bases scientifiques.
- Soutenir l'élaboration et l'application de normes éthiques et de codes de conduite pour les professionnels.
- Institutionnaliser des modules ou des cours promouvant des attitudes non stigmatisantes dans le programme d'enseignement supérieur destiné aux médecins, aux infirmières, aux praticiens de la santé mentale, au personnel des salles d'urgence, au personnel des centres de traitement des troubles de la consommation de drogues et aux autres praticiens de la santé.
- Intégrer des cours professionnels et de licence obligatoires sur la consommation de drogues et la stigmatisation pour tous les praticiens de la santé et des services sociaux.
- Soutenir une sensibilisation accrue de la communauté par un discours public et une transparence sur la consommation de drogues via d'autres lieux de discussion.
- Veiller à ce que les décideurs politiques reçoivent régulièrement des mises à jour et aient la possibilité d'entendre les voix des populations affectées, de leurs familles et de leur réseau d'amis proches.
- Fournir une formation spécifique et une sensibilisation au langage qui favorise les attitudes stigmatisantes, et modifier les documents et la communication directe avec les autres professionnels.
- Mettre l'accent sur la formation basée sur les compétences, où les participants pratiquent et enseignent des stratégies pour promouvoir des attitudes non stigmatisantes, en plus des conférences de sensibilisation basées sur le contenu, y compris des réflexions personnelles pour examiner ses propres attitudes stigmatisantes conscientes et inconscientes.
- Inclure une unité sur l'importance d'aborder les préjudices qui peuvent découler de l'auto-stigmatisation, ainsi que des informations relatives aux traumatismes.



- Explorer un modèle similaire à celui de la santé mentale dans le domaine de la sociologie qui cherche à développer une résistance à la stigmatisation similaire aux facteurs de risque et de protection.
- Accroître la collaboration entre les secteurs de la sécurité publique et de la santé publique en matière de consommation de drogues.
- Souligner la responsabilité des agents de police et du personnel pénitentiaire de ne pas punir ou harceler les gens et de respecter la dignité et les droits des personnes dont la conduite n'est pas conforme à la loi.
- Élaborer des stratégies pour promouvoir des attitudes non stigmatisantes parmi les fonctionnaires, les forces de l'ordre, les autres premiers intervenants et le système de justice pénale au sens large.
- Engager les communautés locales, les forces de l'ordre et le secteur de la santé publique dans des efforts conjoints pour lutter contre la toxicomanie et renforcer la résilience des individus, des familles et des communautés.

Contact facilité et significatif avec les populations affectées

- Accroître la participation, la présence et la voix des populations affectées à tous les niveaux de la politique et de la planification stratégique en matière de prévention, de traitement et de soins continus liés à la consommation de drogues et de substances.
- Intégrer les populations affectées, comme il convient dans le contexte du processus thérapeutique, et avec une formation et un soutien adéquats, en tant que membres du personnel dans les services de traitement et autres institutions de santé, de soins et sociales.
- Chercher activement à inclure les membres de la famille et les réseaux personnels proches des populations affectées dans les dialogues politiques au niveau de la communauté et, pour les personnes participant volontairement à un programme de traitement, envisager d'inclure la famille ou les soignants dans les discussions sur le plan de traitement basé sur la personne avec le consentement éclairé, lorsque et si cela est bénéfique.
- Identifier les mécanismes d'accès aux expériences significatives des populations les plus marginalisées, telles que les personnes en milieu carcéral ou souffrant de graves problèmes psychiatriques.
- Veiller à ce que les populations affectées participent de manière significative, dans une structure de pouvoir égale, à l'élaboration des interventions et des politiques et à la mise en œuvre des programmes.
- Respecter toutes les personnes, y compris les populations touchées, en mettant l'accent sur l'autonomisation et l'appréciation.

---

Une pratique de qualité dans le domaine de la santé et des services sociaux

- Adopter une approche basée sur les droits de l'homme, respectueuse de la dignité et de l'inclusion de toutes les personnes.
- Veiller à ce que, à chaque point du continuum de soins pour les populations affectées, les pratiques en matière de santé et de services sociaux soient fondées sur la science et les preuves de l'efficacité des soins.
- Soutenir la participation informée et volontaire à tous les niveaux de soins aux personnes pour les populations affectées.
- Intégrer la prévention de la consommation des drogues, le traitement et la prise en charge des troubles liés à la consommation des drogues, ainsi que la prévention des conséquences sanitaires et sociales de la consommation des drogues (également appelée « réduction des risques » par certains États membres), conformément aux documents techniques de l'ONUDC, de l'OMS et de l'ONUSIDA.
- Promouvoir une optique d'équité selon laquelle toutes les personnes reçoivent les meilleurs soins de santé disponibles, indépendamment de tout élément stigmatisant (par exemple, la consommation de substances ou de drogues, la santé mentale, la race, l'origine ethnique, la situation financière, le niveau d'éducation, le sexe, la religion, l'orientation sexuelle, les handicaps).
- Pratiquer des soins de santé de qualité qui ne sont pas inférieurs à ceux qui seraient fournis à d'autres personnes ayant besoin de soins, y compris, mais sans s'y limiter, la confidentialité, les services de diagnostic, la planification du traitement qui comprend la fourniture de médicaments si nécessaire, et l'inclusion significative de la personne ayant besoin de soins de santé dans les décisions relatives à ses propres soins.
- Veiller à ce que les environnements physiques dans lesquels les populations affectées recherchent des services de santé soient soumis aux mêmes normes élevées que celles qui s'appliquent aux autres problèmes de santé, c'est-à-dire qu'ils soient propres, spacieux, respectueux de la vie privée, accueillants et de construction adéquate.
- Veiller à ce que les services de traitement et de soins répondent aux besoins particuliers des groupes de population en matière de traitement et de soins.

Élaboration de politiques et de recherche

- Défendre la promotion d'attitudes non stigmatisantes concernant l'accès aux services des populations affectées, dans la conception et la production de tout instrument stratégique sur les drogues.
- Investir du temps et des ressources dans la cartographie des services disponibles et la collecte de données précises relatives aux expériences vécues dans un cadre de soins de santé, en particulier l'expérience des populations affectées.
- Considérer la question des attitudes stigmatisantes dans un cadre ou un système de politiques

et de services à composantes multiples qui doit être abordé dans différents contextes, avec différentes stratégies fondées sur des preuves pour des individus uniques.

- Envisager des modèles de recherche participative basés sur la communauté qui s'attaquent aux attitudes stigmatisantes dans des groupes spécifiques, les scientifiques et les décideurs travaillant avec les populations affectées pour refléter également les intérêts, les perspectives et les priorités de ce groupe, et créer un sentiment d'appropriation.
- ☐ Soutenir une collecte de données plus complète afin d'éclairer l'élaboration des politiques, en utilisant des mesures cohérentes qui permettent de partager les expériences de honte, de préjugés ou de discrimination.
- Soutenir la recherche sur les attitudes stigmatisantes ; les conséquences de la stigmatisation pour les populations affectées, notamment en ce qui concerne leur santé et/ou les obstacles à l'accès aux soins et aux traitements ; les facteurs conduisant à une augmentation (ou à une diminution) des attitudes stigmatisantes ; et comment mettre en œuvre des pratiques respectueuses, qui modifient les comportements et les pratiques.
- Adopter une approche axée sur le rétablissement qui commence par la promotion d'un langage qui ne favorise pas les attitudes stigmatisantes et qui soutient une intégration significative dans les familles, l'emploi et les communautés, en fonction des besoins des populations affectées.
- Promouvoir et faciliter le traitement comme alternative à la condamnation et à la punition des personnes qui consomment des drogues et des personnes souffrant de troubles liés à la consommation de drogues en contact avec le système judiciaire, conformément à la législation nationale et au droit international applicable.
- Élaborer une politique au sein des systèmes de soins de santé comprenant des dispositions qui n'excluent ni ne discriminent les populations affectées ou leurs familles.
- Évaluer les politiques actuelles en matière d'emploi des personnes ayant des antécédents de toxicomanie, afin d'adopter des politiques et des réglementations qui garantissent que les populations affectées peuvent avoir un emploi rémunéré et accéder aux soins de santé liés à leur consommation de drogues ou à leurs troubles liés à la toxicomanie sans craindre de perdre leur emploi.
- Réaliser une analyse des coûts des soins de santé associés aux personnes qui se sentent stigmatisées et sont moins disposées à accéder aux services de santé, aux soins et aux services sociaux dans un cadre de prévention, et qui peuvent souffrir de complications, avec un coût plus élevé pour le système de soins de santé à mesure que les processus pathologiques potentiels progressent jusqu'à un niveau critique
- ☐ Soutenir une analyse complète et approfondie de la stigmatisation structurelle et de son impact sur les individus, les familles et les communautés sur plusieurs générations.

---

## Conclusion

Des questions demeurent quant à la nature et à l'impact des attitudes stigmatisantes sur la disponibilité, l'accès et les prestations de services de santé, de soins et de services sociaux pour les populations affectées, ainsi que sur la meilleure façon de lutter contre ces attitudes. Toutefois, des recherches prometteuses et des exemples de bonnes pratiques, notamment dans le domaine de la santé mentale, indiquent qu'il est possible de promouvoir des attitudes non stigmatisantes afin d'assurer la disponibilité, l'accès et les prestations de services de santé, de soins et de services sociaux pour les populations affectées et, surtout, d'améliorer leur état de santé. Ces exemples concernent l'éducation des décideurs politiques, des prestataires de services sociaux et de santé et du grand public, notamment en ce qui concerne l'utilisation d'un langage non stigmatisant et centré sur les personnes ; des contacts facilités et significatifs avec les populations affectées, notamment dans la planification et la prise de décision ; des pratiques de qualité en matière de santé et de services sociaux ; et l'élaboration de politiques et la recherche. Un engagement mondial visant à étendre et à documenter l'efficacité de ces stratégies contribuerait de manière significative à la santé et au bien-être des populations affectées, assurant ainsi que personne n'est laissé pour compte.

## Annexe

### Liste des participants à la consultation technique informelle

(Les participants sont classés par ordre alphabétique de leurs noms de famille)

Dr Zeinab Abbas, Coordinatrice, Département des stupéfiants, Ministère de la santé publique du Liban, Liban

Dr Višnja Banjac, Cheffe du département des troubles de la toxicomanie, Clinique psychiatrique, Centre clinique universitaire de la République de Srpska, Bosnie-Herzégovine

Dr Thilo Beck, Médecin-chef en psychiatrie, Arud Zentrum für Suchtmedizin (Centre de médecine des addictions), Suisse

Mme Giovanna Campello, Officier responsable, Section de la prévention, du traitement et de la réadaptation de l'ONUDC

M. Paskorn Chaivanichsiri, ancien Directeur général adjoint, Département des services médicaux, Ministère de la santé publique, Thaïlande

Mme Judy Chang, Directrice exécutive, Secrétariat du Réseau international des personnes qui consomment des drogues, Australie

M. Bobby Chauhan, Gestionnaire, Unité des relations internationales, Office of Drug Policy and Science (Bureau de la politique et de la science pharmaceutiques), Direction des substances contrôlées, Santé Canada, Gouvernement du Canada

M. Sewraz Corceal, Infirmier spécialisé principal, Unité de réduction des risques, Ministère de la santé et du bien-être, Maurice

Dr Patrick Corrigan, Professeur émérite et Président adjoint de la recherche, Département de psychologie, Institut de technologie de l'Illinois, États-Unis

Dr Ed Day, Maître de conférences clinique en psychiatrie de la toxicomanie, Institut de santé mentale, Université de Birmingham, Royaume-Uni

M. Domingos Duran, Chef de division, Division de l'intervention thérapeutique, DG Intervention sur les comportements addictifs et les dépendances, Ministère de la santé, Portugal

Dr Mohamed Fayek, Directeur général du Centre de traitement et de réadaptation Erada, Émirats arabes unis

Mme Nadia Gasbarrini, Responsable de programme, Fondation Villa Maraini et Partenariat Croix-Rouge/Croissant-Rouge sur la toxicomanie, Italie

M. Peter Gaumont, Analyste politique principal, Office of National Drug Control Policy

---

(Bureau de la politique nationale de contrôle des drogues), Bureau exécutif du président, États-Unis

Mr Lee Imray, Drugs and Alcohol Unit, Crime Policing and Fire Group, Home Office (Unité Drogues et Alcool, Groupe d'action contre la criminalité et les incendies, Ministère de l'Intérieur), Royaume-Uni

M. Morris Kamenderi, Autorité nationale pour la campagne contre l'alcoolisme et la toxicomanie, Kenya

M. Thomas Kattau, Secrétaire exécutif adjoint, Groupe Pompidou, Conseil de l'Europe

Dr John F. Kelly, Directeur du Recovery Research Institute (Institut de recherche sur le rétablissement), Harvard Medical School (École de médecine de Harvard), et Directeur adjoint du Center for Addiction Medicine (Centre de médecine des toxicomanies), Massachusetts General Hospital, États-Unis.

Dr Stephanie Knaak, Consultante principale en recherche, Commission de la santé mentale du Canada, Canada

Dr Dzmitry Krupchanka, Département de la santé mentale et de la toxicomanie, Organisation mondiale de la santé

Dr Magdalena Kulesza, États-Unis

Dr Jamie Livingston, Professeur agrégé, Département de Criminologie, Université Saint Mary's, Canada

Mme Annie Madden, Chargée de l'engagement communautaire et de la liaison, Centre for Social Research in Health (Centre de recherche sociale sur la santé), Australie.

Mme Daniela Masci, Assistante sociale, Fondation Villa Maraini, Italie

Mme Elizabeth Mattfeld, Responsable de programme, Section de la prévention, du traitement et de la réadaptation de l'ONU DC

Mme Kirsten Mattison, Directrice, Bureau de la politique et de la science pharmaceutiques, Direction des substances contrôlées, Santé Canada, Gouvernement du Canada

Dr Beth McGinty, Professeure agrégée, Présidente associée pour la recherche et la pratique, Département de la politique et de la gestion de la santé, École de santé publique Johns Hopkins Bloomberg, États-Unis

Dr Ryan McNeil, Directeur de la recherche sur la réduction des risques, Programme de Yale en médecine de la toxicomanie, Canada

Dr Maria Melchior, Département d'épidémiologie sociale, INSERM France, France

Dr Jazmín Mora-Rios, Chercheuse en sciences médicales, Direction de la recherche épidémiologique et psychosociale, Institut national de psychiatrie Ramón de la Fuente Muñiz, Mexico  
Prof Dr Telmo Mota Ronzani, Centre de recherche, d'intervention et d'évaluation pour l'alcool et les drogues - CREPEIA, Département de psychologie, Université fédérale de Juiz de Fora, Brésil

Mme Gabriela Olivera, Conseillère technique, Secrétariat national des drogues, Conseil national des drogues, Présidence de la République, Uruguay

Dr Iuliia Paskevskaya, Cheffe de département, Professeure associée, Centre de santé mentale et de surveillance des drogues et de l'alcool, Ministère de la santé, Ukraine

Dr Soumaya Rachidi, Point focal, Programme national de prévention et de traitement des troubles addictifs, Bureau de la santé mentale, Ministère de la santé, Royaume du Maroc

Dr Ramin Radfar, Directeur général de l'Institut de prévention de la toxicomanie de la pensée, de la culture et de la santé, Chercheur affilié aux programmes intégrés de lutte contre la toxicomanie de l'UCLA, Iran

Dr Mohd Rafidi Jusoh, Division du traitement, des médicaments et de la réadaptation, Agence nationale antidrogue, Ministère de l'intérieur, Malaisie

Dr Laramie R. Smith, Professeure adjointe, Division des maladies infectieuses et de la santé publique mondiale, Faculté de médecine de l'UC San Diego ; Codirectrice du Programme doctoral conjoint SDSU-UCSD de recherche interdisciplinaire sur la consommation de substances (IRSU) ; Responsable de la Faculté du centre de recherche sur le sida de l'UCSD, Transgender/Nonbinary Community Advisory Board (Conseil consultatif de la communauté transgenre/nonbinaire) (TCAB), États-Unis

Dr Sven Speerforck, Médecin principal, Département de psychiatrie et de psychothérapie, Médecine universitaire de Leipzig, Allemagne

Pr Hae Sun Suh, Professeure associée, Collège de pharmacie, Université nationale de Pusan, République de Corée

Mme Gulmira Suleimanova, Cheffe de projet pour l'Afghanistan et l'Asie centrale, Programme consultatif sur les drogues, Secrétariat du Plan de Colombo

Dr Andrew B. Thompson, Bureau des affaires internationales de stupéfiants et de répression, Département d'État américain, États-Unis

Mme Judith Twala, Responsable du conseil et de la réadaptation, Autorité nationale pour la campagne contre l'alcoolisme et la toxicomanie, Kenya

M. Godlove Adams Vanden-Bossche, Chef de l'Unité de conseil, d'orientation et de réinsertion

---

sociale, Organe de contrôle des stupéfiants, Ghana

Dr José Luis Vázquez Martínez, Spécialiste du traitement, Section de la réduction de la demande de drogues, Commission interaméricaine de lutte contre l'abus des drogues, Organisation des États américains

M. Paul Williams, Premier secrétaire, Mission permanente du Canada auprès des organisations internationales à Vienne

Dr Tun Zaw, Directeur général adjoint, Département de la réadaptation, Ministère de la protection sociale, des secours et de la réinstallation, Myanmar

Les Comités d'ONG de Vienne et de New York ont été des partenaires précieux dans l'identification des contributeurs et l'engagement de la société civile, et l'ONUSD tient à reconnaître la contribution des comités pour assurer la participation des populations affectées à la consultation technique informelle.