

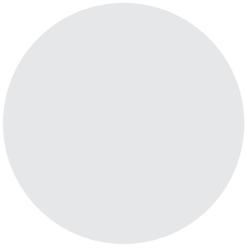
MATISIA STIG TION

**Résumé des
données
probantes**

Interventions visant à lutter contre la stigmatisation dans le système de santé

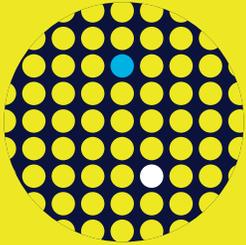
**Pour le rapport de l'administratrice en chef de la santé
publique sur l'état de la santé publique au Canada de 2019**

Lutte contre la stigmatisation :
vers un système de santé plus inclusif



Tables des matières

Messages clés	3
----------------------	----------



Résumé des interventions pour lutter contre la stigmatisation	4
--	----------

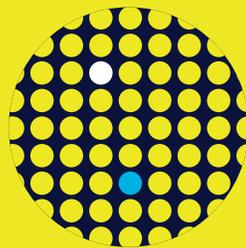
Contexte	11
-----------------	-----------

Méthode	12
----------------	-----------

Limites du présent examen	13
----------------------------------	-----------

Portée	13
--------	----

Recherche de la littérature	13
-----------------------------	----



Utilisation des données probantes pour étayer les interventions visant à lutter contre la stigmatisation ainsi que la recherche connexe	14
--	-----------

Principales étapes de la recherche sur les interventions	14
---	-----------

Résumé de l'état d'avancement de la recherche sur les interventions pour lutter contre la stigmatisation	15
---	-----------

Références	17
-------------------	-----------

Messages clés

- Le présent résumé des données probantes représente un supplément du [Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada de 2019 : Lutte contre la stigmatisation – vers un système de santé plus inclusif.](#)
- Ce résumé vise à donner des détails supplémentaires sur l'efficacité des interventions pour lutter contre la stigmatisation tout en s'accrochant sur celles du système de santé.
- Un examen rapide a été mené sur la stigmatisation et la santé en 2019, ainsi que sur les interventions pour lutter contre la stigmatisation dans le système de santé. Les articles ont été analysés par type de stigmatisation et niveau d'intervention.
- Un tableau récapitulatif des données probantes a été élaboré par niveau d'intervention, ainsi que les interventions relatives aux états de santé (c.-à-d., la maladie mentale, la consommation de substances et l'infection au VIH) et aux identités sociales (c.-à-d., les Premières Nations, les Inuits et les Métis, les Canadiens d'origine africaine, caribéenne et noire et les membres de la communauté LGBTQ2+).
- Les recherches suivantes ont été soulignées :
 - Au niveau de la population : les interventions visant à réduire la stigmatisation au moyen des médias de masse, de la couverture médiatique et de l'évaluation de politiques inclusives;
 - Au niveau des institutions : les interventions visant à combattre la stigmatisation et développer de la compétence et de la sécurité culturelles auprès des fournisseurs et des organismes de soins de santé;
 - Au niveau interpersonnel : les interventions visant à réduire la stigmatisation par le contact et l'éducation et les interventions visant à lutter contre les préjugés implicites;
 - Au niveau individuel : les interventions qui remettent en question la stigmatisation intériorisée.
- Étant donné qu'il s'agit d'un domaine de recherche émergent, la quantité et la qualité des recherches varient selon le sujet de stigmatisation et le niveau d'intervention. Il arrive fréquemment que les analyses ne permettent pas de tirer des conclusions claires sur l'efficacité des interventions autour de ce qui fonctionne, pour qui et dans quelles circonstances. Il est nécessaire de mener plus d'études pour étayer l'élaboration, la mise en œuvre et la recherche rigoureuses d'interventions, particulièrement les interventions visant plusieurs niveaux, le changement de comportement, les impacts sur la santé et les approches qui englobent plus d'une forme de stigmatisation.
- Ce résumé devrait être lu conjointement avec les rapports [Lutte contre la stigmatisation : vers un système de santé plus inclusif](#) et [Ce que nous avons entendu](#) afin de développer une perspective plus élargie à propos de l'impact de la stigmatisation et des moyens potentiels de la combattre.
- Les observations issues de ce résumé peuvent être utilisées conjointement avec le [**Modèle des voies de la stigmatisation et des résultats connexes en matière de santé**](#) et le [**Cadre d'action pour bâtir un système de santé inclusif.**](#)

Résumé des interventions pour lutter contre la stigmatisation

TABLEAU 1 : Données probantes des interventions pour lutter contre la stigmatisation dans le système de santé

Niveau de la population		Cible de l'intervention
Réduire la stigmatisation au moyen des médias de masse (population générale)	Des revues narratives de recherches sur la stigmatisation liée à la santé mentale ont identifié des campagnes d'éducation et/ou de contact menées dans les médias de masse qui ont été associées à de meilleures attitudes et/ou à une meilleure compréhension du public (y compris les campagnes « Beyond Blue » en Australie, « Time to Change » en Angleterre, « Like Minds, Like Mine » en Nouvelle-Zélande, et « Hjärnkoll » en Suède. ^{1,2} Certaines campagnes, comme « Like Minds, Like Mine » en Nouvelle-Zélande, et « Time to Change » en Angleterre), ont également été associées à une baisse de la discrimination contre les personnes atteintes de maladie mentale.	Stigmatisation de la maladie mentale
Réduire la stigmatisation dans la couverture médiatique (journalistes)	Une revue systématique a identifié 27 études menées dans des pays à revenus élevés a évalué deux types d'interventions dans les médias contre la stigmatisation de la maladie mentale : projets de surveillance des médias, ou des directives pour la présentation de rapports et des interventions éducatives à l'intention de journalistes ou d'étudiants en journalisme. Les conclusions étaient mitigées et les recherches étaient généralement de faible qualité. Ce sont les approches éducatives axées sur les contacts et les directives élaborées et transmises par les institutions officielles qui semblaient être les plus prometteuses. ³	Stigmatisation de la maladie mentale
Élaboration de politiques inclusives	Dans une étude longitudinale menée aux États-Unis, la légalisation de l'union civile était associée à la réduction des niveaux de conscience liés à la stigmatisation, à la discrimination perçue et aux symptômes de dépression chez les femmes de Chicago s'identifiant comme étant lesbiennes ou bisexuelles. ⁴	Stigmatisation vécue par les populations LGBTQ2+
Niveau institutionnel		Cible de l'intervention
Lutte contre la stigmatisation auprès des fournisseurs et des organismes de soins de santé	Des revues narratives de recherches sur les interventions axées sur l'éducation ou les contacts et ciblant la stigmatisation de la santé mentale chez les fournisseurs de soins de santé ont recensé des données probantes sur des répercussions à court terme liées aux attitudes, aux connaissances et/ou au comportement attendu. ^{1,2} Les données probantes dans ce domaine sont toutefois limitées. Une revue systématique a permis d'identifier 21 interventions ciblant la stigmatisation de la santé mentale dans des établissements de santé de pays à revenus élevés. ⁵ Ces interventions étaient généralement axées sur l'éducation et/ou sur les contacts et ciblaient des étudiants en soins de santé ou des fournisseurs de soins de santé. Les conclusions de ces interventions étaient prometteuses, quoique mitigées. Les auteurs ont eu de la difficulté à présenter des conclusions définitives en raison des variations méthodologiques dans les études individuelles.	Stigmatisation de la maladie mentale Stigmatisation de la maladie mentale

Suite à la page suivante

Niveau institutionnel	Cible de l'intervention
<p>Une analyse, qui regroupe six reproductions distinctes à l'échelle du Canada, a démontré que le programme Comprendre la stigmatisation (une intervention axée sur le contact) était associé à une baisse de la stigmatisation de la maladie mentale chez les fournisseurs de soins de santé avec une magnitude d'effet global de 0,30.⁶ Les reproductions ont utilisé un modèle quasi expérimental et certains sites avaient des échantillons de petite taille.</p>	<p>Stigmatisation de la maladie mentale</p>
<p>Une revue systématique récente s'est penchée sur deux interventions axées sur la stigmatisation du VIH chez les professionnels de la santé dans les pays à revenus élevés en recourant à l'éducation et/ou à l'acquisition de compétences. Les conclusions tirées de ces interventions étaient prometteuses, quoique mitigées.⁵</p>	<p>Stigmatisation du VIH</p>
<p>Une revue systématique a identifié sept études portant sur des interventions qui ciblaient la stigmatisation des personnes qui utilisent de la drogue auprès des étudiants en médecine ou d'autres professionnels (p. ex. des policiers ou des conseillers).⁷ Ces études comprenaient des interventions axées sur l'éducation et le contact, des techniques de réflexion critique, des programmes d'intervention en cas de crise et une « formation sur l'acceptation et l'engagement ». Les données probantes étaient mitigées, mais certaines conclusions étaient prometteuses. La qualité de la méthodologie variait d'une étude à l'autre.</p>	<p>Stigmatisation liée à la consommation de substances</p>
<p>Une revue systématique a identifié quatre interventions, provenant toutes de pays à revenus élevés, visant à lutter contre la stigmatisation de la consommation de substances (ou la consommation de substances et la maladie mentale) dans les établissements de santé.⁵ Les interventions étaient généralement axées sur l'éducation et/ou le contact et ciblaient des étudiants ou des professionnels en soins de santé. Les conclusions étaient prometteuses, mais les résultats et la qualité des études étaient mitigés.</p>	<p>Stigmatisation liée à la consommation de substances</p>
<p>Dans une étude originale menée dans quatre cliniques canadiennes de soins de santé primaires, les auteurs décrivent comment ils ont adapté leur intervention d'équité en matière de santé au niveau organisationnel (EQUIP) pour explicitement intégrer l'angle de la réduction des méfaits.⁸ Cette approche axée sur l'équité et la réduction des méfaits s'est accentuée sur le rôle de la stigmatisation et de la discrimination. Dans leur étude primaire, les auteurs se penchent sur les discussions importantes qui en ont découlé, couvrant par exemple l'utilisation de substances et les changements de politiques et de pratiques organisationnelles.</p>	<p>Stigmatisation liée à la consommation de substances</p>
<p>Une revue systématique sur les préjugés raciaux implicites, y compris ceux dirigés à l'encontre des populations afro-américaines, a identifié une base de recherche étroite avec des conclusions mitigées- sur les interventions visant à réduire les préjugés implicites chez les fournisseurs de soins de santé.⁹ Les auteurs ont situé ces conclusions dans le contexte des recherches plus générales sur la réduction des préjugés implicites. Ils ont notamment fait mention de types d'intervention susceptibles d'être pertinents pour les fournisseurs de soins de santé, comme l'individuation et la prise de perspective.</p>	<p>Stigmatisation vécue par les Canadiens d'origine africaine, caribéenne et noire</p>

Suite à la page suivante

Niveau institutionnel	Cible de l'intervention
<p>Une revue narrative des préjugés implicites, y compris les préjugés raciaux implicites à l'égard des populations afro-américaines, a identifié des composantes communes d'interventions telles que l'autoréflexion, et des approches visant à contrôler les préjugés telles que la prise de perspective, l'individuation et la recherche d'information sur l'identité commune.¹⁰ Étant donné qu'il s'agit d'un domaine émergent, la revue s'est concentrée sur les composantes des interventions plutôt que sur les effets produits. Les auteurs ont indiqué qu'il était nécessaire de mener des recherches supplémentaires pour comprendre l'efficacité de l'intervention.</p>	<p>Stigmatisation vécue par les Canadiens d'origine africaine, caribéenne et noire</p>
<p>Dans une étude originale menée dans quatre cliniques canadiennes de soins de santé primaires, une intervention axée sur l'équité implémentée au niveau organisationnel (EQUIP) était associée à une meilleure capacité organisationnelle pour offrir des soins de santé axés sur l'équité à des populations marginalisées, y compris les personnes vivant dans la pauvreté, confrontées à l'itinérance et aux prises avec un traumatisme (p. ex., les Autochtones).⁸ L'intervention a mis l'accent sur la sécurité culturelle, les soins prenant en compte les traumatismes et la violence, et l'intégration et l'adaptation organisationnelles. Les activités liées à l'intervention incluaient l'éducation des employés et les changements de politique et de pratique organisationnelles. L'intervention était associée à une augmentation de la confiance et de la sensibilisation du personnel, et à des stratégies organisationnelles visant à lutter contre le racisme, à l'amélioration de l'environnement physique des cliniques et aux changements apportés aux politiques et aux pratiques organisationnelles. Dans le cadre d'une recherche menée avec un échantillon de patients de ces cliniques (dont 41,7 % s'identifiaient comme étant Autochtones), on a conclu que, pendant une période de 24 mois, des niveaux plus élevés de soins axés sur l'équité étaient associés à une plus grande confiance du patient à l'égard des soins de santé, et donc, à une plus grande confiance du patient à l'égard de la gestion de sa santé.¹¹ Ce dernier type de confiance était associé à de meilleurs résultats en matière de santé (symptômes de dépression, symptômes liés au trouble de stress post-traumatique, douleur chronique et qualité de vie).</p>	<p>Stigmatisation vécue par les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis</p>
<p>Une revue systématique a identifié des initiatives liées aux programmes éducatifs et à la formation des étudiants en santé et les professionnels de la santé sur les enjeux de soins de santé vécus par la communauté LGBT.¹² La plupart des 15 études analysées provenaient des États-Unis. Les interventions étaient associées à des améliorations à court terme des connaissances, des attitudes et de la pratique; toutefois, la plupart des études affichaient une faible qualité quant à la méthodologie.</p>	<p>Stigmatisation vécue par les populations LGBTQ2+</p>
<p>Une revue critique de la stigmatisation et de la santé des personnes transgenres a examiné le potentiel des interventions axées sur l'éducation et le contact pour améliorer les connaissances et les attitudes chez les fournisseurs de soins de santé.¹³ Cette synthèse s'est penchée sur le potentiel de diverses approches; toutefois, étant donné qu'il s'agit d'un domaine émergent, peu de résultats étaient disponibles.</p>	<p>Stigmatisation vécue par les populations LGBTQ2+</p>
<p>Une recherche systématique a identifié des interventions menées aux États-Unis majoritairement axées sur l'éducation ou le contact, qui visaient à réduire la stigmatisation des populations LGBT. Étant donné qu'il s'agit d'un domaine émergent où les recherches rigoureuses sur les interventions sont minimales, la synthèse a porté davantage sur les composantes et les activités de ces interventions plutôt que sur un examen détaillé des répercussions.¹⁹</p>	<p>Stigmatisation vécue par les populations LGBTQ2+</p>

Suite à la page suivante

Niveau institutionnel		Cible de l'intervention
Renforcer les compétences culturelles des fournisseurs et des organismes de soins de santé	<p>Une revue systématique des interventions visant à améliorer la compétence culturelle liée aux patients atteints d'un handicap (la grande majorité des études ayant porté sur la maladie mentale) a identifié 25 interventions qui ciblaient les étudiants en soins de santé ou les fournisseurs de soins de santé dans des pays à revenus élevés.¹⁴ Les interventions étaient majoritairement axées sur le contact et/ou l'éducation. Les conclusions étaient mitigées, la qualité des recherches était généralement faible et il a été impossible de tirer des conclusions d'une étude à l'autre.</p> <p>Une revue systématique a recensé 23 articles qui se penchaient sur des interventions axées sur la compétence culturelle menées aux États-Unis afin de lutter contre les disparités en matière de santé touchant des groupes racialisés, y compris des populations afro-américaines.¹⁴ Les interventions comprenaient celles axées sur l'éducation des fournisseurs, celles destinées à améliorer les interactions entre le patient et le fournisseur et celles adaptées à la culture. Étant donné la faible qualité des données probantes, il a été difficile de tirer des conclusions sur l'efficacité.</p> <p>Une revue antérieure de 19 revues systématiques, dont certaines études se concentraient sur les populations afro-américaines, a identifié des interventions visant à accroître la compétence culturelle dans le domaine des soins de santé.¹⁵ Ces interventions comprenaient de la formation des professionnels de la santé, des programmes propres à la culture à l'intention des patients, l'éducation par les pairs, des intervenants-pivots et des programmes d'échange. Certaines initiatives étaient liées à des changements dans les connaissances, les compétences ou les attitudes des fournisseurs de soins de santé ou à des changements dans l'accès aux soins de santé par les patients. Les données probantes étaient plus faibles concernant les impacts sur les résultats pour les patients. Les études examinées affichaient une faible rigueur méthodologique.</p> <p>Une revue systématique a recensé 16 études sur les interventions visant à accroître la compétence culturelle dans le domaine des soins de santé offerts aux Autochtones, de la formation des fournisseurs de soins de santé et des étudiants en santé, des programmes de santé propres à la culture et de recrutement de fournisseurs de soins de santé autochtones.¹⁶ La qualité variait d'une étude à l'autre, mais quelques-unes étaient rigoureuses. Certaines interventions étaient associées à une meilleure confiance à l'égard des fournisseurs de soins de santé, une plus grande accessibilité aux soins de santé par les patients et une plus grande satisfaction des patients.</p> <p>Une revue systématique exploratoire a relevé 16 interventions visant à accroître la compétence culturelle des travailleurs de la santé servant des Autochtones et des peuples racialisés.¹⁷ Certaines interventions étaient associées à l'amélioration des connaissances, des compétences ou des attitudes des professionnels. On a recensé peu de données probantes sur les répercussions sur les soins de santé et les résultats en matière de santé. La qualité des données probantes variait, puisque plusieurs études de faible qualité étaient incluses.</p>	<p>Stigmatisation de la maladie mentale</p> <p>Stigmatisation vécue par les Canadiens d'origine africaine, caribéenne et noire</p> <p>Stigmatisation vécue par les Canadiens d'origine africaine, caribéenne et noire</p> <p>Stigmatisation vécue par les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis</p> <p>Stigmatisation vécue par les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis</p>

Suite à la page suivante

Niveau institutionnel		Cible de l'intervention
	<p>Une revue systématique exploratoire a recensé 15 études portant sur des interventions au niveau organisationnel en vue d'accroître la compétence culturelle concernant les Autochtones et les groupes racialisés. Ces interventions comprenaient deux types principaux d'initiatives : audit et amélioration de la qualité et changement de politiques et de pratiques organisationnelles.¹⁸ Certaines approches prometteuses ont été relevées, mais les données probantes étaient de faible qualité.</p> <p>Une revue systématique a identifié 15 études sur les initiatives de compétences culturelles visant à améliorer les soins de santé culturellement adaptés aux populations LGBT. Les interventions comprenaient, entre autres, la formation et le renforcement des compétences des fournisseurs de soins de santé.¹⁴ Les données probantes étaient de faible qualité, et il n'était pas possible de tirer des conclusions à partir de cette revue.</p>	<p>Stigmatisation vécue par les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis</p> <p>Stigmatisation vécue par les populations LGBTQ2+</p>
Renforcer les compétences culturelles des fournisseurs et des organismes de soins de santé	<p>Une revue exploratoire de 30 publications a cerné les composantes suivantes des initiatives sur la sécurité culturelle au Canada : la collaboration et le partenariat; le partage du pouvoir; la prise en considération du contexte général de la vie du patient; l'environnement sécuritaire; l'autoréflexion organisationnelle et individuelle; et la formation à l'intention des professionnels de la santé.²⁰ Étant donné qu'il s'agit d'un domaine émergent, l'examen s'est concentré sur les composantes des interventions plutôt que sur les effets produits.</p> <p>Une revue exploratoire de six articles sur la compétence culturelle et la sécurité dans les services d'urgence des hôpitaux canadiens a recommandé que les initiatives soit élaborées en partenariat avec les communautés autochtones tout en reconnaissant le colonialisme et ses répercussions; incluent la formation des praticiens sur l'établissement de relations et la conscience de soi; mettent l'accent sur les besoins des patients confrontés à des obstacles en matière d'accès aux services de santé non urgents; et agissent afin de prévenir la discrimination.²¹ L'examen portait sur une synthèse des obstacles et des facilitateurs plutôt que sur les effets produits.</p>	<p>Stigmatisation vécue par les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis</p> <p>Stigmatisation vécue par les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis</p>
Niveau interpersonnel (d'une personne à l'autre)		Cible de l'intervention
Réduire la stigmatisation par des interventions axées sur le contact et l'éducation	<p>Des revues systématiques et narratives suggèrent que les interventions axées sur l'éducation et/ou le contact sont souvent associées à des améliorations de court à moyen terme des connaissances et/ou à des améliorations des attitudes de stigmatisation de la maladie mentale.^{1,2,22,23} La qualité de la méthodologie et des interventions variait d'une étude à l'autre. Dans certaines revues, on a indiqué que le contact était plus efficace que l'éducation, tandis que les deux approches avaient des répercussions semblables dans d'autres revues.^{2,22 23}</p> <p>Une revue systématique récente comprenait une méta-analyse des interventions visant à réduire la stigmatisation de la maladie mentale sévère.²³ La qualité de la méthodologie variait d'une étude à l'autre. Une fois l'ajustement pour biais de publication apporté, les interventions axées sur le contact étaient associées à une réduction des attitudes stigmatisantes (d=0,24) et à un désir de distance sociale (d=0,40). Les interventions axées sur l'éducation étaient associées à des réductions des attitudes stigmatisantes (d=0,30) et du désir de distance sociale (d=0,27).</p>	<p>Stigmatisation de la maladie mentale</p> <p>Stigmatisation de la maladie mentale</p>

Suite à la page suivante

Niveau interpersonnel (d'une personne à l'autre)		Cible de l'intervention
	<p>Une revue systématique a relevé des efforts de réduction de la stigmatisation visant à accroître les connaissances et à réduire les attitudes négatives à l'égard des personnes atteintes du VIH.²⁴ Cette revue systématique avait une portée mondiale, mais elle a tout de même compris de nombreuses études menées aux États-Unis et certaines au Canada. La plupart des interventions étaient axées sur l'éducation. La revue, qui comprenait une méta-analyse de 42 études, a permis de relever des améliorations considérables des connaissances sur le VIH (d de Cohen = 0,48 pour les interventions avec des groupes de contrôle; et d de Cohen = 0,42 pour celles sans groupes de contrôle) et des attitudes à l'égard des personnes vivant avec le VIH (d de Cohen = 0,39 pour les interventions avec des groupes de contrôle; et d de Cohen = 0,25 pour celles sans groupes de contrôle) chez les participants. Bon nombre d'études n'avaient toutefois aucune rigueur méthodologique.</p> <p>Une revue systématique antérieure a recensé 48 articles de partout dans le monde qui se penchaient sur les interventions visant à réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH.²⁵ La plupart d'entre elles étaient menées dans des pays à revenus faibles ou moyens; toutefois, certaines provenaient des États-Unis ou du Canada. Des interventions ont été identifiées à différents niveaux, mais ce sont celles axées sur l'éducation, l'acquisition des compétences et le contact qui étaient les plus communes. Plusieurs études étaient prometteuses et la qualité des recherches variait, bien que celle-ci était généralement élevée.</p> <p>Une revue systématique a examiné trois études sur des interventions axées sur l'éducation et le contact aux répercussions prometteuses, quoique mitigées, sur les attitudes de stigmatisation à l'égard de personnes qui utilisent des substances. L'examen comprenait un petit nombre d'études et la qualité de la recherche variait de l'une à l'autre.⁷</p>	<p>Stigmatisation du VIH</p> <p>Stigmatisation du VIH</p> <p>Stigmatisation liée à la consommation de substances</p>
Lutte contre les préjugés implicites	<p>Une revue systématique a recensé 30 articles sur des interventions visant à réduire les préjugés implicites, et en particulier les préjugés implicites raciaux entre les noirs et les blancs. Les données probantes étaient mitigées et leur qualité variait, mais certaines approches prometteuses ont été recensées, comme les stratégies intentionnelles visant à surmonter les préjugés, le conditionnement évaluatif, l'identification avec le hors-groupe et l'exposition aux contre-stéréotypes.²⁶</p>	<p>Stigmatisation vécue par les Canadiens d'origine africaine, caribéenne et noire</p>
Niveau individuel		Cible de l'intervention
Remettre en question la stigmatisation intériorisée	<p>Une revue systématique des interventions pour réduire la stigmatisation intériorisée de la maladie mentale a recensé 14 études. Cinq de ces études pouvaient être incluses dans la méta-analyse.²⁷ La différence des moyennes standardisées regroupées pour trois interventions psychosociales correspondait à -0,43, soit une efficacité de niveau faible à modéré sur la stigmatisation intériorisée chez les personnes atteintes d'une maladie mentale sévère. On a toutefois relevé des problèmes avec la qualité de l'étude.</p> <p>Une revue systématique de cinq essais contrôlés randomisés (ECR) suggère que les interventions ciblant l'autostigmatisation chez les personnes atteintes d'une maladie mentale étaient d'une efficacité incertaine, en partie en raison de l'hétérogénéité et du risque de biais.²⁸</p> <p>Une revue critique antérieure a identifié 14 études (y compris certaines interventions prometteuses), mais les recherches étaient d'une qualité trop faible pour tirer des conclusions solides.²⁹</p>	<p>Stigmatisation de la maladie mentale</p> <p>Stigmatisation de la maladie mentale</p> <p>Stigmatisation de la maladie mentale</p>

Suite à la page suivante

Niveau individuel	Cible de l'intervention
<p>Une revue systématique a identifié 23 études sur des interventions visant à réduire l'autostigmatisation vécue par les personnes vivant avec le VIH et leurs familles.³⁰ La plupart des études ont été menées en Amérique du Nord et ciblaient des adultes vivant avec le VIH. Les interventions psychopédagogiques étaient les plus courantes et comprenaient des approches liées à l'éducation, à l'acquisition de compétences, à l'autonomisation et au soutien social. Certaines conclusions étaient prometteuses, mais les résultats étaient mitigés et la qualité variait d'une étude à l'autre. La revue a relevé quelques interventions axées sur les membres de la famille de personnes vivant avec le VIH.</p>	<p>Stigmatisation du VIH</p>
<p>Une revue systématique plus ciblée a identifié cinq études qui se penchaient sur des interventions visant à lutter contre la stigmatisation croisée vécue par les femmes de diasporas noires ou africaines vivant avec le VIH.³¹ Les interventions comprenaient la divulgation par l'écriture émotionnelle, les interventions comportementales axées sur les connaissances et l'adaptation psychologique, et une intervention pédagogique participative axée sur les connaissances et l'acquisition de compétences. La plupart des interventions étaient associées à des réductions de la stigmatisation liée au VIH. Cependant, les échantillons étaient de petite taille et les études étaient hétérogènes, ce qui a empêché de tirer des conclusions solides.</p>	<p>Stigmatisation du VIH</p>
<p>Une revue systématique a recensé trois études sur des interventions qui ciblaient l'autostigmatisation chez les personnes souffrant de troubles liés à l'utilisation de substances. Ces interventions comprenaient une thérapie sur l'acceptation et l'engagement, une formation en compétences et de la consultation psychologique professionnelle, en plus d'une séance de chirurgie plastique pour faire disparaître les marques laissées par les aiguilles. Il y avait peu d'études et la qualité des recherches variait, mais certaines conclusions étaient prometteuses.⁷</p>	<p>Stigmatisation liée à la consommation de substances</p>
<p>Une recherche systématique a identifié des interventions menées aux États-Unis, particulièrement des interventions cognitives, comportementales et narratives, visant à améliorer les ressources d'adaptation chez les populations qui s'identifient comme étant LGBT.¹⁹ Étant donné qu'il s'agit d'un domaine émergent où très peu de recherches rigoureuses ont été menées, la synthèse portait davantage sur les composantes et les activités liées à ces interventions plutôt que sur un examen détaillé des répercussions.</p>	<p>Stigmatisation vécue par les populations LGBTQ2+</p>
<p>Une revue critique de la stigmatisation et de la santé des personnes transgenres s'est penchée sur le potentiel des interventions de soutien thérapeutiques, sociaux et d'adaptation psychologique pour lutter contre l'autostigmatisation chez les populations qui s'identifient comme étant transgenres.¹³ Certaines conclusions sont prometteuses; toutefois, il s'agit d'un domaine émergent et peu de résultats étaient donc disponibles.</p>	<p>Stigmatisation vécue par les populations LGBTQ2+</p>



Contexte



Le présent résumé des données probantes soutient le Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada de 2019 : Lutte contre la stigmatisation – vers un système de santé plus inclusif (Rapport annuel de l'ACSP de 2019). Il sera très utile pour les personnes intéressées par l'élaboration ou l'adaptation d'interventions contre la stigmatisation et/ou des recherches sur les interventions dans le système de santé, y compris les soins de santé, la santé publique et d'autres services de santé connexes.

Le rapport annuel de l'ACSP de 2019 a présenté un abrégé des recherches menées sur tous les types de stigmatisation et sur les interventions émergentes et prometteuses au Canada. Le présent résumé des données probantes met davantage l'accent sur les conclusions d'évaluations publiées.

Ce résumé est organisé par type d'intervention et met en évidence les types de stigmatisation discutés dans le rapport exhaustif. Parmi ces types de stigmatisation, notons ceux liés à des états de santé

particuliers (c.-à-d. le VIH, la consommation de substances et la maladie mentale) et ceux liés à des identités sociales (c.-à-d. les Premières Nations, les Inuits et les Métis, les Canadiens d'origine africaine, caribéenne et noire et les personnes membres de la communauté LGBTQ2+). L'intention est de montrer, que la stigmatisation comporte plusieurs niveaux et qu'il faut mettre en place des interventions de nature similaire pour lutter contre la stigmatisation dans le système de santé.

Comment ce résumé des données probantes diffère-t-il du rapport?

Le Rapport annuel de l'ACSP, 2019 a cherché à intégrer différentes formes de connaissances et manières d'expérimenter la stigmatisation. Par exemple, les commentaires de victimes de stigmatisation ont été inclus dans l'ensemble des chapitres sur la stigmatisation, tandis que la section sur l'intervention a exploré la littérature émergente et prometteuse.

Le présent résumé des données probantes met un accent particulier sur la recherche évaluative publiée. Cette base de recherche est plus limitée, reflétant des biais intégrés dans la production de données probantes, incluant la façon dont le colonialisme et le racisme influencent les systèmes de connaissances qui sont valorisés et sur ceux qui ne le sont pas.



Méthode

Le Bureau de l'administratrice en chef de la santé publique (ACSP) de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a mené une revue rapide afin de : i) préciser la définition de la stigmatisation; ii) décrire les répercussions de la stigmatisation sur les résultats en matière de santé; iii) déterminer l'efficacité des interventions visant à réduire la stigmatisation dans le système de santé et améliorer les résultats en matière de santé; et iv) analyser le panorama des politiques pour lutter contre la stigmatisation au Canada.

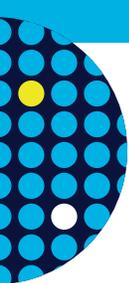
De concert avec la Bibliothèque de la santé, une stratégie de recherche de la littérature a été élaborée. Cette recherche a été menée en février 2019 au moyen des bases de données suivantes : Medline, Embase, ProQuest Public Health et Scopus. Seules des études publiées après le 1^{er} janvier 2009 font partie de la sélection initiale. Les études qui se penchaient sur les concepts, les facteurs, les cadres et les modèles liées à la stigmatisation n'étaient toutefois pas exclues basées sur leur date de publication. Des filtres de recherche ont été appliqués afin d'identifier des articles axés sur la stigmatisation liée à des états de santé et à des identités sociales clés. Seules des études menées au Canada, au Royaume-Uni, en Australie, en Nouvelle-Zélande et aux États-Unis ont été incluses.

Cette recherche a permis de recueillir 3 500 articles, après élimination des doublons. Deux examinateurs indépendants ont effectué la présélection de 80 % des articles en fonction de leur titre et de leur résumé. Les données ont été réparties en trois catégories principales : i) les concepts et les méthodes; ii) la recherche liée aux identités sociales et aux états de santé retenus; iii) et la recherche sur les interventions visant à lutter contre la stigmatisation et les interventions en matière de santé. Les examinateurs ont évalué les articles afin de déterminer leur pertinence et leur qualité. En tout, 516 études ont été considérées pour un examen complet. D'autres recherches ciblées ont été menées après le mois de février 2019, y compris des recherches bibliographiques, un examen de la littérature grise et des recherches sur les origines. En août 2019, une dernière recherche a été menée afin d'identifier

de nouvelles publications dans ce domaine. On a accordé la priorité aux revues systématiques, aux revues narratives et aux revues critiques dans le système de santé afin de rédiger le résumé des données probantes. Des études primaires de grande qualité ont également été incluses. Les meilleures données probantes disponibles ont été incluses dans le résumé. Lorsqu'elles étaient disponibles, les études canadiennes ont été mises en évidence.

Les articles ont été organisés par niveau de stigmatisation et par type de stigmatisation. La plupart des revues de recherches résumaient l'état des données probantes pour un certain nombre d'intervention différentes. Outre les limites liées à la méthodologie, cela signifiait que la plupart des articles se terminaient par des énoncés généraux plutôt que des calculs de la magnitude de l'efficacité globale des interventions. Le tableau des données probantes présente donc un résumé des études plutôt que des conclusions fermes sur ce qui fonctionne. Lorsque des articles portaient sur plusieurs sujets liés à la stigmatisation, on a séparé les données probantes pour chacun d'entre eux, dans la mesure du possible.

Les interventions axées sur l'éducation et la formation au niveau interpersonnel et ciblant les fournisseurs de soins de santé sont incluses dans les interventions au niveau institutionnel, puisqu'elles sont généralement axées sur les individus dans le contexte de leur rôle au sein des établissements de soins de santé.



Limites

Portée

Le Rapport annuel de l'ACSP s'est portée sur la stigmatisation et le système de santé. Par conséquent, les facteurs plus généraux qui favorisent et alimentent la stigmatisation et la discrimination (p. ex., d'autres déterminants sociaux de la santé et des facteurs sociaux plus généraux comme les mouvements politiques) ne sont pas discutés dans le présent résumé. D'autres facteurs liés à la stigmatisation dans le système de santé, comme les répercussions de la stigmatisation de la langue sur la prise de décisions médicales, les politiques ayant des répercussions sur les soins de santé axés sur l'équité, ou les répercussions historiques et continues des politiques discriminatoires sur la santé, n'ont pas été inclus non plus.^{32,33,34}

En outre, les efforts déployés pour résister collectivement à la stigmatisation ne sont pas inclus dans le présent résumé des données probantes; on mentionne toutefois dans le rapport annuel de l'ACSP de 2019 le leadership exercé à l'échelle communautaire pour favoriser la prise de mesures d'action dans ce domaine.

Recherche de la littérature

Les recherches réalisées n'étaient pas exhaustives et n'ont peut-être pas saisi tous les documents pertinents. Seuls les documents publiés en anglais et en français ont été examinés, et il est possible que certains documents aient été exclus pour cette raison. L'examen détaillé de la qualité des études et du risque de biais n'a pas été fait dans cette analyse. Enfin, l'analyse portait principalement sur des articles publiés après le 1^{er} janvier 2009.



Utilisation des données probantes pour étayer les interventions visant à lutter contre la stigmatisation ainsi que la recherche connexe

Le présent examen des données probantes représente un document d'accompagnement du Rapport annuel de l'ACSP de 2019. On encourage les leaders en politique, les chercheurs, les praticiens et les fournisseurs de services à utiliser le **Modèle des voies de la stigmatisation et des résultats connexes en matière de santé** afin de comprendre le processus de stigmatisation et d'identifier des secteurs d'interventions possibles. Ce modèle peut être utilisé pour comprendre les stigmates individuels, tout en considérant la façon dont ceux-ci se croisent, ainsi que les répercussions de stigmates concomitants sur les résultats de santé. Le **Cadre d'action pour bâtir un système de santé inclusif** peut ensuite être utilisé conjointement avec l'analyse des données probantes afin d'élaborer des approches exhaustives à plusieurs niveaux pour lutter contre la stigmatisation. Cette démarche peut également servir de point de départ à l'examen d'autres stigmates qui ne sont pas inclus dans le tableau, comme ceux ciblant l'âge, la classe sociale, le genre et d'autres états de santé.

Bien qu'une partie considérable de la recherche dans ce domaine se soit penchée sur l'impact d'une intervention à un seul niveau, les chercheurs insistent de plus en plus sur l'importance de travailler sur plusieurs niveaux afin de favoriser, de renforcer et de maintenir le changement. Au moyen d'une approche de santé publique axée sur la prévention, il est possible de privilégier des interventions générales ciblant des inégalités en santé pour optimiser les bénéfices pour un plus grand nombre possible de personnes. Les interventions au niveau de la population et des institutions qui visent à empêcher les pratiques stigmatisantes sont celles qui s'harmonisent le plus avec cette approche.

Les limites inhérentes à ce domaine de recherche reflètent les défis liés à la recherche sur les interventions dans son ensemble. Pour mener à bien toutes les étapes de la recherche sur les interventions, il faut avoir beaucoup de temps et de ressources. Afin de bien situer les limites définies dans la littérature et d'étayer l'élaboration, l'adaptation et la mise en œuvre d'interventions ultérieures dans ce domaine, les principales étapes de la recherche sur les interventions sont résumées ci-dessous.

Principales étapes de la recherche sur les interventions

Utiliser la théorie, les données probantes et la collaboration avec des personnes ayant une expérience vécue afin de ³⁵⁻³⁸

- 1 Comprendre le problème, ainsi que les causes, la population d'intérêt et le contexte.
- 2 Déterminer le type et le niveau de l'intervention; qu'est-ce qui aura le plus grand effet?
- 3 Explorer et prendre en considération l'influence du contexte sur la réussite de l'intervention.
- 4 Concevoir, adapter et exposer en détail les composantes de base de l'intervention, y compris la façon dont elles devraient créer un changement et être mises en œuvre.
- 5 Tester et améliorer.
- 6 Évaluer avec rigueur.
- 7 Élaborer des stratégies de mobilisation des connaissances, de mise à l'échelle et de durabilité.

Résumé de l'état d'avancement de la recherche sur les interventions pour lutter contre la stigmatisation

La présente revue a également recensé des limites dans la recherche sur la stigmatisation par rapport à la santé. Comme il est indiqué ci-dessus et dans le rapport annuel de l'ACSP de 2019, ces limites empêchent souvent de tirer des conclusions claires sur ce qui fonctionne pour réduire la stigmatisation et la discrimination. Le tableau 2 décrit les limites les plus courantes de la recherche liée à ce sujet. Ce tableau vise à donner un contexte afin de mieux comprendre l'état des données probantes.

TABLEAU 2 : Limites courantes dans la recherche sur les interventions visant à lutter contre la stigmatisation

Limite courante de la recherche	Détails
Écart considérable	<p>La recherche sur la stigmatisation est très variée et l'on y trouve des différences dans la conceptualisation de la stigmatisation, les types d'intervention, les populations cibles et les mesures des résultats. Même si la quantité des initiatives témoigne de façon encourageante l'importance de la lutte contre la stigmatisation, la diversité des approches rend l'élaboration de conclusion solides difficile.</p> <p>Avec autant d'approches différentes, il est difficile de faire progresser la compréhension et l'intervention dans le domaine de la stigmatisation en général.^{39,40} Il faut chercher à balancer l'accent mis sur les éléments uniques identifiés à l'intérieur d'un groupe stigmatisé et entre les groupes stigmatisés. Aussi, il est possible de mettre en œuvre des interventions axées sur la stigmatisation dans l'ensemble des états de santé et des identités sociales ou d'autres caractéristiques.^{5, 14, 21, 41, 53}</p>
Peu d'attention portée à l'efficacité à long terme	<p>Très peu de recherches sur les interventions contre la stigmatisation se sont penchées sur l'efficacité à long terme des interventions, ainsi que sur leur impact sur le changement de comportement ou la façon dont la réduction de la stigmatisation peut à son tour réduire les inégalités en santé.^{1, 2, 7, 12, 14-18, 23, 24, 26, 27, 31, 40, 42-46}</p>
Besoin d'élaboration d'interventions plus rigoureuses	<p>La base de recherche sur la stigmatisation a grandement besoin de l'élaboration d'interventions rigoureuses. Il faut se concentrer davantage à intégrer la théorie, l'expérience vécue et les connaissances sur « ce qui fonctionne » afin d'élaborer des interventions équitables et fondées sur des données probantes.^{1, 5, 12, 23, 26-28, 45}</p>
Limites méthodologiques	<p>La recherche sur les interventions visant à lutter contre la stigmatisation comporte un certain nombre de limites méthodologiques, en particulier l'absence de méthodes de recherche rigoureuses.^{1, 5, 7, 9, 16-18, 23, 25, 26, 36, 37, 45, 47} En font partie la dépendance à l'égard des mesures d'autodéclaration, le manque de généralisation des populations étudiées, le choix et/ou l'attribution d'un biais, l'accent inadéquat mis sur ce qui fonctionne pour différents groupes (p. ex. selon l'âge ou le genre) et le manque de randomisation.</p> <p>La recherche porte en grande partie sur les changements autodéclarés dans les attitudes, les connaissances ou le comportement attendu plutôt que sur des mesures objectives ou des expériences déclarées de stigmatisation et de discrimination.^{2, 17, 23, 24, 43, 44, 48} Les résultats et les points de vue des personnes ayant vécu de la stigmatisation ne sont pas souvent inclus dans les activités d'évaluation.^{2, 9, 14-17, 42, 43}</p>

Suite à la page suivante

Limite courante de la recherche	Détails
Besoin d'amplifier l'accent sur les interventions au niveau de la population et les interventions à plusieurs niveaux	<p>Très peu de recherches ont été menées sur les changements structurels, organisationnels ou stratégiques requis pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination; toutefois, ce sont les efforts déployés à ces niveaux qui affichent le plus grand potentiel de création de changements.^{1, 5, 13-16, 26, 28, 31, 36, 37, 45, 47, 49-51}</p> <p>Les appels à l'action au niveau structurel sont souvent liés à une discussion plus générale sur l'importance des interventions à plusieurs niveaux qui luttent de façon concomitante contre la stigmatisation à tous les niveaux.^{5, 13, 39, 40, 43, 45, 47, 50, 52}</p>
Besoin d'amplifier l'accent sur l'intersectionnalité	<p>Les recherches sur la stigmatisation et la discrimination sont souvent menées en silo.^{39, 40} On ne peut pas diviser la vie de ceux qui ont été victimes de stigmatisation en catégories distinctes, puisque bon nombre d'entre elles vivent des stigmates qui se chevauchent. Certaines revues de la recherche se penchent sur plusieurs sujets liés à la stigmatisation; on ne s'est toutefois pas concentré à comprendre et à aborder les stigmates qui se chevauchent.^{5, 14, 40} L'optique de l'intersectionnalité peut permettre de mieux comprendre la stigmatisation et d'orienter l'élaboration d'interventions pertinentes pour les populations qui vivent plusieurs formes de stigmatisation.^{14, 25, 31, 40, 50}</p>

Références

- 1.** GRONHOLM, P. C., C. Henderson, T. Deb et G. Thornicroft. « Interventions to reduce discrimination and stigma: the state of the art », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52 (2017) p. 249-258.
- 2.** THORNICROFT, G. et coll. « Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination », *The Lancet*, 387 (2016), p. 1123-1132.
- 3.** MAIORANO, A. et coll. « Reducing Stigma in Media Professionals: Is there Room for Improvement? Results from a Systematic Review », *Revue canadienne de psychiatrie*, 62 (2017), p. 702-715.
- 4.** EVERETT, B. G., M. L. Hatzenbuehler et T. L. Hughes. « The impact of civil union legislation on minority stress, depression, and hazardous drinking in a diverse sample of sexual-minority women: A quasi-natural experiment », *Social Science and Medicine*, 169 (2016) p. 180-190.
- 5.** NYBLADE, L. et coll. « Stigma in health facilities: why it matters and how we can change it », *BMC Medicine*, 17 (2019), p. 25.
- 6.** KNAAK, S. et coll. « Understanding Stigma: A Pooled Analysis of a National Program Aimed at Health Care Providers to Reduce Stigma towards Patients with a Mental Illness », *Journal of Mental Health and Addiction Nursing*, 1 (2017), p. 19-29.
- 7.** LIVINGSTON, J. D., T. Milne, M. L. Fang et E. Amari. « The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review », *Addiction*, 107 (2012), p. 39-50.
- 8.** BROWNE, A. J. et coll. « Disruption as opportunity : Impacts of an organizational health equity intervention in primary care clinics », *International journal for equity in health*, 17 (2018), p. 154-154.
- 9.** MAINA I.W., T.D. Belton, S. Ginzberg, A. Singh et T. J. Johnson. « A decade of studying implicit racial/ethnic bias in healthcare providers using the implicit association test », *Social Science and Medicine*, 199 (2018), p. 219-229.
- 10.** ZESTCOTT, C. A., I. V. Blair et J. Stone. « Examining the Presence, Consequences, and Reduction of Implicit Bias in Health Care: A Narrative Review », *Group processes & intergroup relations : GPIR*, 19 (2016), p. 528-542.
- 11.** FORD-GILBOE, M. et coll. « How Equity-Oriented Health Care Affects Health: Key Mechanisms and Implications for Primary Health Care Practice and Policy », *The Milbank Quarterly*, 96 (2018), p. 635-671.
- 12.** SEKONI, A. O., N. K. Gale, B. Manga-Atangana, A. Bhadhuri et K. Jolly, K. « The effects of educational curricula and training on LGBT-specific health issues for healthcare students and professionals: a mixed-method systematic review », *Journal of the International AIDS Society*, vol. 20, (2017) p. 21624-21624.
- 13.** WHITE HUGHTO, J. M., S. L. Reisner et J. E. Pachankis. « Transgender stigma and health: A critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions », *Social Science and Medicine*, 147 (2015), p. 222-231.
- 14.** BUTLER, M. et coll. « Improving Cultural Competence To Reduce Health Disparities. Comparative Effectiveness Review No. 170 », *Agency for Healthcare Research and Quality* (2016).
- 15.** TRUONG, M., Y. Paradies et N. Priest. « Interventions to improve cultural competency in healthcare: a systematic review of reviews », *BMC Health Services Research*, 14 (2014), p. 99.

- 16.** CLIFFORD, A., J. McCalman, R. Bainbridge, et K. Tsey. « Interventions to improve cultural competency in health care for Indigenous peoples of Australia, New Zealand, Canada and the USA: a systematic review », *Int J Qual Health Care*, 27 (2015), p. 89-98.
- 17.** JONGEN, C., J. McCalman et R. Bainbridge. « Health workforce cultural competency interventions: a systematic scoping review », *BMC Health Services Research*, 18 (2018), p. 232.
- 18.** MCCALMAN, J., C. Jongen, et R. Bainbridge. « Organisational systems' approaches to improving cultural competence in healthcare: a systematic scoping review of the literature », *International Journal for Equity in Health*, 16 (2017), p. 78.
- 19.** CHAUDOIR, S. R., K. Wang, et J. E. Pachankis. « What Reduces Sexual Minority Stress? A Review of the Intervention "Toolkit" ». *Journal of Social Issues*, 73 (2017), p. 586-617.
- 20.** BROOKS-CLEATOR, L., B. Phillipps et A. Giles. « Culturally Safe Health Initiatives for Indigenous Peoples in Canada: A Scoping Review », *Can. J. Nurs. Res.*, 50 (2018), p. 202-213.
- 21.** BERG, K. et coll. « Perspectives on Indigenous cultural competency and safety in Canadian hospital emergency departments: A scoping review », *International Emergency Nursing*, 43 (2019), p. 133-140.
- 22.** MEHTA, N. et coll. « Evidence for effective interventions to reduce mental health-related stigma and discrimination in the medium and long term: systematic review », *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 207 (2015), p. 377-384.
- 23.** MORGAN, A. J., N. J. Reavley, A. Ross, L. S. Too et A. F. Jorm. « Interventions to reduce stigma towards people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis », *J. Psychiatr. Res.*, 103 (2018), p. 120-133.
- 24.** MAK, W. W. S., P. K. H. Mo, G. Y. K. Ma et M. Y. Y. Lam. « Meta-analysis and systematic review of studies on the effectiveness of HIV stigma reduction programs », *Social Science and Medicine*, 188 (2017), p. 30-40.
- 25.** STANGL, A. L., J. K. Lloyd, L. M. Brady, C. E. Holland et S. Baral. « A systematic review of interventions to reduce HIV-related stigma and discrimination from 2002 to 2013: how far have we come? », *Journal of the International AIDS Society*, 16 (2013), p. 18734.
- 26.** FITZGERALD, C., A. Martin, D. Berner et S. Hurst. « Interventions designed to reduce implicit prejudices and implicit stereotypes in real world contexts: a systematic review », *BMC psychology*, 7 (2019), p. 29-29.
- 27.** TSANG, H. W. et coll. « Therapeutic intervention for internalized stigma of severe mental illness: A systematic review and meta-analysis », *Schizophr. Res.*, 173, (2016), p. 45-53.
- 28.** BÜCHTER, R. et M. Messe. « Interventions for reducing self-stigma in people with mental illnesses: A systematic review of randomized controlled trials », *Ger Med Sci*, 15 (2017).
- 29.** MITTAL, D., G. Sullivan, L. Chekuri, E. Allee et P. W. Corrigan. « Empirical Studies of Self-Stigma Reduction Strategies: A Critical Review of the Literature », *PS*, 63 (2012), p. 974-981.
- 30.** MA, P. H. X., Z. C. Y. Chan et A. Y. Loke. « Self-Stigma Reduction Interventions for People Living with HIV/AIDS and Their Families: A Systematic Review », *AIDS and Behavior*, 23 (2019), p. 707-741.
- 31.** LOUTFY, M. et coll. « Systematic review of stigma reducing interventions for African/Black diasporic women », *Journal of the International AIDS Society*, vol. 18, (2015) p. 19835-19835.
- 32.** GODDU, A. P. et coll. « Do Words Matter? Stigmatizing Language and the Transmission of Bias in the Medical Record », *Journal of General Internal Medicine*, 33(5) (2018), p. 685-691.
- 33.** LAVOIE, J. G., C. Varcoe, C. N. Wathen, M. Ford-Gilboe et A. J. Browne. « Sentinels of inequity: examining policy requirements for equity-oriented primary healthcare », *BMC Health Services Research*, 18 (2018), p. 705.
- 34.** WILK, P., A. Maltby et M. Cooke. « Residential schools and the effects on Indigenous health and well-being in Canada – a scoping review », *Public Health Reviews*, 38 (2017).

- 35.** COLQUHOUN, H. L., J. E. Squires, N. Kolehmainen, C. Fraser et J. M. Grimshaw. « Methods for designing interventions to change healthcare professionals' behaviour: a systematic review », *Implementation science : IS*, 12 (2017), p. 30-30.
- 36.** National Academies of Sciences. « Ending Discrimination Against People with Mental and Substance Use Disorders: The Evidence for Stigma Change », The National Academies Press (2016).
- 37.** WIGHT, D., E. Wimbush, R. Jepson et L. Doi. « Six steps in quality intervention development », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 70 (2016), p. 520.
- 38.** KOTHARI, A. et C. N. Wathen. « Integrated knowledge translation: Digging deeper, moving forward », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 71 (2017), p. 619-623.
- 39.** STANGL, A. L. et coll. « The Health Stigma and Discrimination Framework: a global, crosscutting framework to inform research, intervention development, and policy on health-related stigmas », *BMC Medicine*, 17 (2019), p. 31.
- 40.** VAN BRAKEL, W. H. et coll. « Out of the silos: identifying cross-cutting features of health-related stigma to advance measurement and intervention », *BMC Medicine*, 17 (2019), p. 13.
- 41.** UNGAR, T., S. Knaak et A. C. H. Szeto. « Theoretical and Practical Considerations for Combating Mental Illness Stigma in Health Care », *Community Ment. Health J.*, 52 (2016), p. 262-271.
- 42.** ALLAN, B. et J. Smylie. « First Peoples, Second Class Treatment: The role of racism in the health and well-being of Indigenous peoples in Canada », *The Wellesley Institute* (2015).
- 43.** COOK, J. E., V. Purdie-Vaughns, I. H. Meyer et J. T. A. Busch. « Intervening within and across levels: A multilevel approach to stigma and public health », *Social Science and Medicine*, 103 (2014), p. 101-109.
- 44.** CORRIGAN, P. W., S. B. Morris, P. J. Michaels, J. D. Rafacz et N. Rüsç. « Challenging the Public Stigma of Mental Illness: A Meta-Analysis of Outcome Studies », *PS*, 63 (2012), p. 963-973.
- 45.** EARNSHAW, V. A. et coll. « Stigma-Based Bullying Interventions : A Systematic Review », *Developmental review : DR*, 48 (2018), p. 178-200.
- 46.** KNAAK, S., G. Modgill et S. Patten. « Key Ingredients of Anti-Stigma Programs for Health Care Providers: A Data Synthesis of Evaluative Studies », *Revue canadienne de psychiatrie*, 59 (2014), p. S19-26.
- 47.** RAO, D. et coll. « A systematic review of multi-level stigma interventions: state of the science and future directions », *BMC Medicine*, 17 (2019).
- 48.** KNAAK, S., E. Mantler et A. Szeto. « Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions », *Healthcare management forum*, 30 (2017), p. 111-116.
- 49.** BAILEY, Z. D. et coll. « Structural racism and health inequities in the USA: evidence and interventions », *Lancet*, 389 (2017), p. 1453-1463.
- 50.** HATZENBUEHLER, M. L. « Structural stigma : Research evidence and implications for psychological science », *Am. Psychol.*, 71 (2016) p. 742-751.
- 51.** KRIEGER, N. et coll. « Jim Crow and premature mortality among the US Black and White population, 1960-2009: an age-period-cohort analysis », *Epidemiology*, 25 (2014), p. 494-504.
- 52.** CUMMINGS, J. R., S. M. Lucas et B. G. Druss. « Addressing public stigma and disparities among persons with mental illness: the role of federal policy », *Am. J. Public Health*, 103 (2013), p. 781-785.
- 53.** HATZENBUEHLER, M. L., J. C. Phelan et B. G. Link. « Stigma as a fundamental cause of population health inequalities », *Am. J. Public Health*, 103 (2013), p. 813-821.