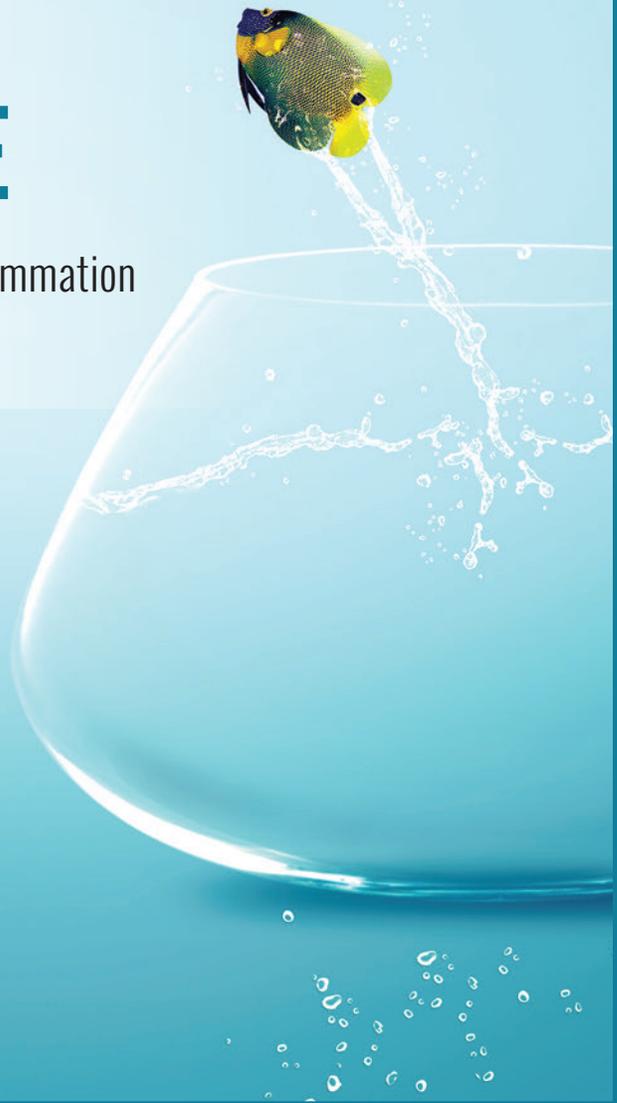


GUIDE D'ANIMATION

2017

AU-DELÀ DES NOTIONS DE BASE

Un atelier avancé sur la santé sexuelle, la consommation de substances, les ITSS et la stigmatisation



Calgary
Sexual Health
Centre



ASSOCIATION
CANADIENNE DE
SANTÉ PUBLIQUE



REMERCIEMENTS

Les ressources de l'atelier *Au-delà des notions de base : Un atelier avancé sur la santé sexuelle, la consommation de substances, les ITSS et la stigmatisation*, dont le guide d'animation, le cahier de participation et le jeu de diapositives, ont été élaborées en partenariat par l'Association canadienne de santé publique (ACSP) et le Calgary Sexual Health Centre (CSHC) dans le cadre du projet *Influencer les attitudes et les valeurs : Faire appel aux professionnels de la santé pour réduire la stigmatisation et la discrimination et améliorer la prévention des ITSS*.

Ce projet n'aurait pas été possible sans le soutien et l'implication des nombreux organismes et professionnels qui ont examiné les ressources du projet et offert leur rétroaction éclairée durant les entretiens avec les informateurs et les consultations communautaires. Nous sommes aussi redevables aux membres du Groupe de référence spécialisé du projet, qui ont offert leurs conseils d'experts et leur soutien aux différentes étapes du projet. L'ACSP et le CSHC remercient également les organismes qui ont aidé à coordonner et à organiser des ateliers pilotes un peu partout au pays, ainsi que les professionnels qui ont contribué à perfectionner les ressources des ateliers en y participant. Enfin, nous tenons à remercier les membres des diverses communautés qui ont participé aux groupes de discussion locaux et partagé leurs histoires, leurs idées et leur sagesse.

Ce projet a été rendu possible grâce à la contribution financière de l'Agence de la santé publique du Canada. Les points de vue exprimés ici ne sont pas nécessairement ceux de l'Agence.

© Association canadienne de santé publique et Calgary Sexual Health Centre, 2017

RENSEIGNEMENTS :

Association canadienne de santé publique

1525, avenue Carling, bureau 404, Ottawa (Ontario) K1Z 8R9

Tél. : 613-725-3769

info@cpha.ca

www.cpha.ca facebook.com/cpha.acsp @CPHA_ACSP

Calgary Sexual Health Centre

Suite 304, 301-14 Street NW, Calgary (Alberta) T2N 2A1

Tél. : 403-283-5580

Télec. : 403-270-3209

generalmail@calgarysexualhealth.ca

www.calgarysexualhealth.ca facebook.com/CalgarySexualHealthCentre @YYCsexualhealth



TABLE DES MATIÈRES

SECTION 1: CONTEXTE 3

Organisations partenaires	3
Création de l'atelier	4
Objet du présent guide	5

SECTION 2: PRÉPARATION ET ÉVALUATION DE L'ATELIER 6

Public cible	6
Objectifs d'apprentissage	6
Matériel nécessaire	6
Durée de l'atelier	7
Préparation de l'atelier	7
Aménagement de la salle	8
Évaluation de l'atelier	9

SECTION 3: CONTENU DE L'ATELIER 10

Module 1: Présentations	10
Module 2 : Exploration de la stigmatisation et des facteurs qui y contribuent	17
Module 3 : Stratégies pour discuter de santé sexuelle, de consommation de substances et d'ITSS et pour réduire la stigmatisation	29
Module 4 : Conclusion	48

RÉFÉRENCES 50

ANNEXE A : EXEMPLES DE PROGRAMMES D'ATELIER 54

ANNEXE B : SCÉNARIO DE CAS DE STIGMATISATION 60

ANNEXE C : ACTIVITÉ NOMMEZ CETTE SUBSTANCE 64

ANNEXE D : SCÉNARIOS DE PRATIQUE EN MILIEU CLINIQUE ET NON CLINIQUE 67

ANNEXE E : ÉVALUATION PRÉ-ATELIER/ÉVALUATION POST-ATELIER	82
Questionnaire pré-atelier	82
Questionnaire post-atelier	84
Questions de réflexion pour l’animatrice ou l’animateur	86
ANNEXE F : MODÈLE D’AFFICHE DE RECRUTEMENT	87
ANNEXE G : GLOSSAIRE	88
APPENDIX H : RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES	92



SECTION 1

CONTEXTE

En avril 2014, l'Association canadienne de santé publique (ACSP) lançait le projet *Influencer les attitudes et les valeurs : Faire appel aux professionnels de la santé pour réduire la stigmatisation et la discrimination et améliorer la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)*. Financé par l'Agence de la santé publique du Canada, ce projet vise à améliorer la prévention des ITSS et à réduire la stigmatisation et la discrimination qui y sont associées, en développant pour les dispensateurs de services sociaux et de santé des ressources de renforcement des capacités.

Dans le cadre de ce projet et en collaboration avec le Centre de santé sexuelle de Calgary (CSHC), l'ACSP a créé une série d'ateliers de perfectionnement professionnel ayant fait l'objet de projets pilotes dans plusieurs villes canadiennes auprès d'un groupe diversifié de dispensateurs de services de première ligne. Parmi les ressources figurent des guides d'animation, des cahiers de participation et des diaporamas.

ORGANISATIONS PARTENAIRES

ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTÉ PUBLIQUE

L'[Association canadienne de santé publique](#) (ACSP) est l'association bénévole nationale, indépendante et sans but lucratif représentant la santé publique au Canada. Les membres de l'ACSP croient fermement à l'accès universel et équitable aux conditions de base qui sont nécessaires à la santé de tous les Canadiens.

CENTRE DE SANTÉ SEXUELLE DE CALGARY

Le [Calgary Sexual Health Centre](#) (CSHC) a pour mission de normaliser la santé sexuelle en Alberta en offrant des programmes et services éclairés et dénués de jugement sur la sexualité et la reproduction. Le CSHC vise à ce que tous les Albertains vivent une sexualité saine tout au long de leur vie.

CRÉATION DE L'ATELIER

L'ACSP et le CSHC ont créé l'atelier avancé *Au-delà des notions de base : Un atelier avancé sur la santé sexuelle, la consommation de substances, les ITSS et la stigmatisation* pour explorer la stigmatisation et les ITSS, les nombreux facteurs qui contribuent à la stigmatisation ainsi que ses effets potentiels sur les usagers (les usagers) et les interventions de santé publique. Cet atelier permet aux participants d'approfondir leurs compétences pour discuter d'ITSS, de sexualité et de consommation de substances avec leurs usagers et présente plusieurs stratégies et outils qui peuvent contribuer à réduire la stigmatisation au sein des établissements de services.

Pour élaborer le contenu de l'atelier, l'ACSP a effectué une analyse documentaire (de la littérature évaluée par les pairs et de la littérature grise) afin de recenser les différentes formes de stigmatisation et les facteurs causaux aux différents niveaux socioécologiques. L'ACSP a également mené des entrevues auprès de principaux dispensateurs de services sociaux et de santé partout au pays pour cerner des pratiques prometteuses visant à réduire la stigmatisation associée aux ITSS dans les établissements de santé et de services sociaux. Toutes les activités de l'atelier reposent sur les principes d'apprentissage des adultes, dont plusieurs ont été adaptées à partir d'ateliers offerts par le centre de formation du CSHS et ont été rigoureusement évaluées par souci d'applicabilité et de pertinence pour des apprenants adultes.

L'ACSP a mis à l'essai le contenu de l'atelier en 2015 et en 2016 avec des dispensateurs de services de première ligne (à savoir des infirmières, des infirmières praticiennes, des travailleurs sociaux, des médecins, des éducateurs en matière de santé, des pairs, etc.) dans plusieurs villes, puis l'a évalué à l'aide des questionnaires auxquels ont répondu les participants avant et après les ateliers. Dans l'ensemble, les ateliers ont été bien reçus et la majorité des participants aux projets pilotes ont dit avoir de meilleures connaissances et une plus grande aisance en matière d'ITSS, de sexualité et de réduction des méfaits. Le contenu a été révisé en fonction des constatations de l'évaluation afin de mieux répondre aux besoins d'apprentissage des dispensateurs de services sociaux et de santé de première ligne au Canada.

L'atelier intègre le [Guide de discussion sur la santé sexuelle et la consommation de substances](#) comme outil pour aider les participants à engager avec leurs usagers des conversations plus sûres et plus inclusives au sujet des ITSS, de la santé sexuelle et de la consommation de substances. L'ACSP a élaboré ce guide de discussion en s'appuyant sur une analyse de documents s'intéressant aux interactions entre dispensateurs de services et usagers au sujet de la santé sexuelle et de la consommation de substances, ainsi que sur des entrevues auprès d'une vaste gamme de dispensateurs de services de première ligne et de usagers. Les pratiques prometteuses dont il est question dans le guide de discussion ont étayé l'élaboration des stratégies de réduction de la stigmatisation présentées dans l'atelier *Au-delà des notions de base*.

DANS L'ENSEMBLE, LES ATELIERS ONT ÉTÉ BIEN REÇUS ET LA MAJORITÉ DES PARTICIPANTS AUX PROJETS PILOTES ONT DIT AVOIR DE MEILLEURES CONNAISSANCES ET UNE PLUS GRANDE AISANCE EN MATIÈRE D'ITSS.



DEUX AUTRES ATELIERS ONT ÉTÉ CRÉÉS PUIS MIS À L'ESSAI DANS LE CADRE DE CE PROJET AVEC LE CSHC :

1. *Exploration des ITSS et de la stigmatisation qui y est associée* : Un atelier d'initiation à l'intention des professionnels de la santé et des services sociaux – offre aux dispensateurs de services sociaux et de santé une introduction à la stigmatisation associée aux ITSS et aux stratégies de réduction de la stigmatisation pouvant être utilisées dans les établissements de santé et de services sociaux.
2. *Contre la stigmatisation organisationnelle* : Offrir des services de santé sexuelle, de réduction des méfaits et des services liés aux ITSS plus sûrs et plus inclusifs – offre aux dispensateurs de services de première ligne, aux planificateurs et aux gestionnaires de programmes la possibilité de revoir les politiques, les pratiques et la culture de leur propre organisation, et d'évaluer leurs forces et leurs difficultés quant à la prestation de services plus sûrs et plus inclusifs en matière de santé sexuelle, de réduction des risques ou d'autres services liés aux ITSS.

Les guides d'animation, les cahiers de participation et les diapositives de ces ateliers sont disponibles en ligne à l'adresse <https://www.cpha.ca/fr/les-infections-transmissibles-sexuellement-et-par-le-sang-itss-et-la-stigmatisation-associee-0>. Pour une formation plus complète, les ateliers peuvent être offerts ensemble.

OBJET DU PRÉSENT GUIDE

Ce guide ainsi que le cahier de participation et les diapositives vous aideront à présenter l'atelier dans votre propre lieu de travail ou communauté (p. ex., formation interne, orientation pour le personnel, perfectionnement professionnel de la communauté).

LE GUIDE COMPORTE QUATRE SECTIONS :

1. **Contexte** : informations générales au sujet de l'atelier et du guide
2. **Préparation et évaluation de l'atelier** : facteurs à considérer pour la préparation, la durée, l'animation et l'évaluation de l'atelier
3. **Contenu de l'atelier**: diapositives et activités connexes, objectifs d'apprentissage, documents nécessaires et points de discussion – vous pouvez modifier le contenu selon la taille du groupe, votre expérience d'animation, l'expérience des participants et les besoins d'apprentissage de votre groupe ou communauté.
4. **Annexes** : ressources supplémentaires pour la préparation et l'animation de l'atelier.



SECTION 2

PRÉPARATION ET ÉVALUATION DE L'ATELIER

PUBLIC CIBLE

Cet atelier avancé s'adresse aux dispensateurs de services de première ligne qui travaillent actuellement dans les domaines de la santé sexuelle, de la réduction des méfaits ou des services liés aux ITSS, notamment les infirmières, les infirmières praticiennes, les médecins, les éducateurs en santé, les travailleurs sociaux, les travailleurs d'approche, etc. Les participants devraient avoir une compréhension allant d'un niveau de base à un niveau avancé des ITSS (incluant la prévention, la transmission, le dépistage et le traitement), de même que de la santé sexuelle et de la réduction des méfaits.

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

À LA FIN DE L'ATELIER, LES PARTICIPANTS AURONT ACQUIS :

- une meilleure connaissance des différentes formes de stigmatisation et des facteurs qui contribuent à la stigmatisation associée aux ITSS, y compris des valeurs et des croyances personnelles et des politiques et des pratiques organisationnelles;
- une capacité accrue de réflexion sur les valeurs et croyances sociétales en matière d'ITSS, de consommation de substances, de sexualité, de comportement sexuel et de réduction des méfaits;
- des compétences accrues pour discuter d'ITSS, de sexualité et de réduction des méfaits au moyen du *Guide de discussion sur la santé sexuelle et la consommation de substances*, y compris des compétences accrues pour offrir des services dans un cadre de soins sensibles aux traumatismes et à la violence, de façon non stigmatisante, habilitante et authentique;
- une meilleure connaissance de la façon d'élaborer un plan d'action personnel pour offrir des services sûrs et inclusifs liés aux ITSS.

MATÉRIEL NÉCESSAIRE

POUR ANIMER CET ATELIER, VOUS AUREZ BESOIN DE CE QUI SUIT :

- un ordinateur portatif, un projecteur et un écran

- un microphone (facultatif selon la taille du groupe et de la salle)
- des feuilles et des marqueurs pour tableau de papier/tableau blanc ou un tableau noir
- des insignes porte-nom
- [des cahiers de participation](#) (un par personne)
- [jeu de diapositives](#)
- des scénarios de cas de stigmatisation (un par personne; annexe B)
- des cartes-éclair Nommez cette substance (un exemplaire qui sera lu au groupe; annexe C)
- le document [Discuter de santé sexuelle, de consommation de substances et d'ITSS : Guide à l'intention des dispensateurs de services](#) (un par personne)
- des scénarios de pratique (un par personne; annexe D)
- des questionnaires d'évaluation avant et après l'atelier (un par personne; annexe E)

Ressources additionnelles

- modèle d'affiche de recrutement (annexe F)
- glossaire (annexe G)
- ressources supplémentaires (annexe H)



DURÉE DE L'ATELIER

Le contenu de l'atelier peut être présenté en une séance d'une heure et demie, de trois heures ou de six heures. Établissez le meilleur format pour votre groupe en fonction de sa taille, de ses besoins en apprentissage, du temps et des ressources dont vous disposez et préparez-vous en conséquence, en suivant les exemples de programmes fournis à l'annexe A.

PRÉPARATION DE L'ATELIER

Si vous offrez l'atelier à des personnes qui ne font pas partie de votre organisation, commencez le recrutement plusieurs semaines à l'avance. Inspirez-vous du modèle d'affiche de recrutement de l'annexe F pour vous aider. Vous pourriez communiquer avec les organisations de services sociaux et de santé de votre communauté pour qu'elles vous aident à recruter des participants, par exemple en diffusant votre affiche de recrutement ou en faisant la promotion de votre atelier sur leurs réseaux sociaux.

Il est vivement recommandé de revoir le cours [Facilitating adult learning](#) [en anglais seulement] avant l'atelier, en particulier si vous avez peu d'expérience en animation. Il s'agit d'un cours de 30 à 45 minutes qui propose plusieurs stratégies pour vous aider à animer des ateliers sur la santé sexuelle, la réduction des méfaits et les ITSS destinés à des apprenants adultes.

Passez en revue le guide d'animation avant l'atelier, y compris le glossaire, pour vous assurer que vous utilisez des termes et des définitions cohérents. Parcourez également le cahier de participation et les ressources additionnelles dans les annexes pour être en mesure de répondre aux questions et d'aiguiller les participants vers d'autres ressources au cours de l'atelier.

Assurez-vous que le document [Discuter de santé sexuelle, de consommation de substances et d'ITSS : Guide à l'intention des dispensateurs de services](#) est envoyé aux participants avant l'atelier et encouragez les participants à le consulter avant la séance.

AMÉNAGEMENT DE LA SALLE

Assurez-vous que la salle est accessible aux utilisateurs de fauteuils roulants et aux personnes ayant d'autres problèmes d'accès. Arrivez tôt pour vérifier le matériel audiovisuel et l'aménagement de la salle. Les participants doivent se sentir à l'aise (vérifiez, par exemple, la température et l'éclairage de la pièce), et l'aménagement doit être propice aux discussions et aux activités de groupe. Dans la mesure du possible, limitez l'espace entre vous et les participants afin d'encourager les discussions de groupe et d'éviter l'enseignement de type cours magistral. Voici quelques images d'aménagements typiques et des conseils pour y travailler.



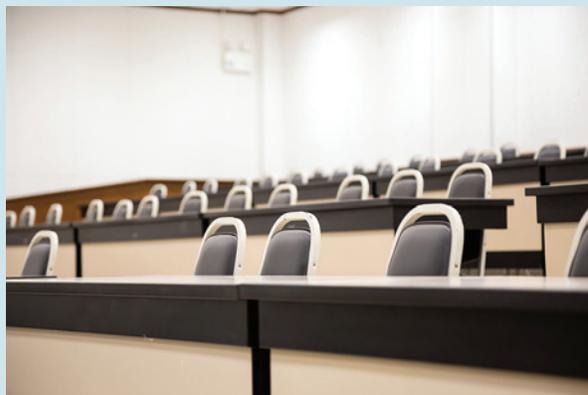
Une disposition en cercle est généralement la plus adaptée à ce type d'atelier puisqu'elle favorise la discussion en groupe.



Ce type d'aménagement laisse aux participants suffisamment d'espace pour écrire, ce qui est souvent nécessaire, en particulier lorsqu'ils doivent travailler en petits groupes. Installez au besoin plusieurs petites tables rondes.



Il s'agit de l'aménagement par défaut de la plupart des salles. Demandez aux participants de placer leur chaise en cercle. L'estrade crée une barrière et il vaut mieux ne pas l'utiliser. Déplacez-vous plutôt dans la salle.



La salle de conférence est courante dans les établissements d'enseignement postsecondaire. Comme il est impossible d'en changer la configuration, il vaut mieux vous déplacer dans la salle et inviter les participants à s'asseoir dans les premières rangées.

ÉVALUATION DE L'ATELIER

L'évaluation de votre atelier est importante. Elle confirme que les objectifs d'apprentissage ont été atteints et que le contenu et l'animation favorisent le perfectionnement professionnel continu. Laissez aux participants le temps de réfléchir à ce qu'ils ont appris et veillez à ce qu'ils remplissent les questionnaires d'évaluation avant et après l'atelier (annexe E).

Il y a également une feuille de réflexion que les animateurs peuvent remplir après l'atelier (annexe E). L'éducation des adultes exige une auto-réflexion, un apprentissage et un perfectionnement continus. Utilisez votre feuille de réflexion et les résultats de l'évaluation pour continuer à perfectionner vos compétences en animation.



SECTION 3

CONTENU DE L'ATELIER

MODULE 1 : PRÉSENTATIONS

DIAPOSITIVE 1 : PRÉSENTATION

OBJECTIF : Vous présenter et inviter les participants à remplir le questionnaire pré-atelier.

DOCUMENTS : Questionnaire pré-atelier (annexe E)

Au-delà des notions de base : Discussion poussée sur les ITSS, la santé sexuelle, la consommation de substances et la stigmatisation associée



ÉTAPES/POINTS DE DISCUSSION :

1. Présentez-vous. Parlez, par exemple, de votre organisation, de votre groupe professionnel, dites depuis combien de temps vous travaillez dans le domaine de la prévention des ITSS, de la santé sexuelle ou de la réduction des méfaits ou précisez ce que vous attendez de l'atelier et des participants.
2. Distribuez à chaque personne un questionnaire pré-atelier.
3. Dites aux participants que leurs réponses sont anonymes et qu'ils n'ont donc pas à inscrire leur nom sur le formulaire. Le questionnaire permettra d'évaluer l'expérience d'apprentissage du groupe et l'efficacité générale du contenu de la formation. Dites aux participants qu'ils rempliront un autre questionnaire à la fin de la séance.

DIAPOSITIVE 2 : CONTEXTE

OBJECTIF : Décrire comment cet atelier de formation a été créé ainsi que les avantages que peuvent en tirer les particuliers et les organisations.

DOCUMENTS : [cahier de participation](#) (un par personne)



ÉTAPES/POINTS DE DISCUSSION :

1. Remettez un cahier de participation par personne.
2. Donnez à l'atelier un ton de partage et de collaboration avant le début de la séance.
 - a. Dites aux participants que l'atelier prendra l'allure d'une discussion dirigée plutôt que d'un exposé magistral. Précisez qu'en tant qu'animateur ou animatrice, plutôt que de faire office d'expert, vous orienterez les discussions de groupe au moyen d'une série d'activités.
 - b. Reconnaissez l'ampleur de l'expérience de chaque personne et encouragez-les à partager leurs connaissances avec leurs pairs.
 - c. Faites valoir l'atelier comme une occasion de réseautage et de découverte des différents services offerts dans la communauté.
3. Donnez le contexte de la création de cet atelier et dites aux participants les raisons qui ont motivé le choix de cette séance pour le groupe (consultez la section 1 pour un complément d'information).

L'atelier a été créé dans le cadre d'un projet national coordonné par l'Agence canadienne de santé publique (ACSP) visant à améliorer les efforts de prévention des ITSS et de réduire la stigmatisation et la discrimination qui y sont associées au Canada. L'ACSP a collaboré avec de nombreux organismes communautaires, experts, éducateurs et dispensateurs de services de santé dans le but de cerner les pratiques exemplaires et prometteuses pouvant aider les dispensateurs de services sociaux et de santé dans les domaines des ITSS, de la santé sexuelle et de la réduction des méfaits. Sur la base de ces consultations, l'ACSP a créé des occasions de perfectionnement professionnel afin de faire comprendre aux dispensateurs la stigmatisation et ses effets, et de leur enseigner des stratégies qu'ils pourront utiliser individuellement ou au sein de leur organisation en vue de réduire la stigmatisation. Cet atelier a été créé en collaboration avec le Centre de santé sexuelle de Calgary. Il a été mis à l'essai dans plusieurs villes du pays auprès d'une vaste gamme de dispensateurs de services sociaux et de santé, puis révisé en conséquence.

Cet atelier préconise l'utilisation du document [Discuter de santé sexuelle, de consommation de substances et d'ITSS : Guide à l'intention des dispensateurs de services](#). Ce guide fondé sur des analyses documentaires et sur des entrevues auprès d'informateurs a été révisé par des professionnels de la santé sexuelle et des usagers à l'échelle du Canada.

4. Expliquez pourquoi votre communauté ou votre organisme juge importante une telle formation. Demandez aux participants pourquoi ils jugent cette formation importante pour leur pratique.

POINTS DE DISCUSSION

Donnez des exemples concrets de la valeur de l'atelier pour les participants, par exemple :

- « après cet atelier, vous vous sentirez plus à l'aise et en confiance pour parler de sexualité, de consommation de substances et de réduction des méfaits avec vos usagers »;
- « vous comprendrez mieux la stigmatisation et les effets qu'elle a sur vos usagers »;
- « vous quitterez l'atelier avec des outils que vous pouvez utiliser dans votre pratique et partager avec vos collègues ».

DIAPOSITIVE 3 : APERÇU DE L'ATELIER

OBJECTIF : Discuter du format de l'atelier.

DOCUMENTS : s.o.

Aperçu de l'atelier

1. Présentations
2. Exploration de la stigmatisation et des facteurs qui y contribuent
3. Stratégies pour discuter de santé sexuelle et d'ITSS et pour réduire la stigmatisation
4. Conclusion



ÉTAPES/POINTS DE DISCUSSION :

1. Dites au groupe que l'atelier commence par une courte discussion des objectifs d'apprentissage et des termes clés et se poursuit avec des activités d'exploration de la stigmatisation et des stratégies visant à l'atténuer et à créer des services plus sûrs et plus inclusifs.

DIAPOSITIVE 4 : OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

OBJECTIF : Présenter les objectifs d'apprentissage, préciser l'objet de l'atelier et cerner les attentes des participants.

DOCUMENTS : s.o.

Objectifs d'apprentissage



- Accroître les connaissances des diverses formes de stigmatisation et des nombreux facteurs pouvant contribuer à la stigmatisation liée aux ITSS, dont les attitudes, les valeurs et les croyances.
- Accroître la capacité de réfléchir aux attitudes, aux valeurs et aux croyances sociétales liées aux ITSS, à la consommation de substances, à la sexualité, aux comportements sexuels et à la réduction des méfaits.
- Renforcer les habiletés à discuter d'ITSS, de consommation de substances et de de toxicomanie à l'aide du Guide de discussion sur la santé sexuelle et la consommation de substances. Accroître notamment les habiletés à offrir des services dans une optique sensible aux traumatismes, d'une manière qui soit valorisante, authentique et non stigmatisante.
- Apprendre à élaborer un plan d'action personnel pour la prestation de services de prévention des ITSS (et de services connexes) non stigmatisants ni discriminatoires.

ÉTAPES/POINTS DE DISCUSSION :

1. Décrivez comment les membres du groupe travailleront ensemble, mettront en commun leurs expériences et apprendront les uns des autres au moyen d'une série d'activités d'auto-réflexion, de discussion et de mise en situation.
2. Lisez chacun des objectifs d'apprentissage.
3. Dites au groupe que l'atelier vise à donner à chaque personne des stratégies et des outils qu'elle pourra utiliser au sein de son organisation ou dans son milieu de travail.
4. Entamez un débat et demandez à chaque personne quel est son rôle professionnel et depuis combien de temps elle travaille dans son domaine. Pour gagner du temps, faites un sondage à main levée pour savoir qui est infirmière, travailleuse sociale, éducatrice, médecin, etc. Le fait de comprendre votre auditoire vous aidera à modifier l'atelier en fonction des participants. Ce débat peut également faciliter le réseautage en permettant

aux participants d'identifier les personnes avec lesquelles ils souhaitent faire connaissance et discuter de références, de défis communs ou de stratégies potentielles pour la prestation de services dans la communauté.

5. Reconnaissez l'étendue de l'expérience et des connaissances dans la salle, mais rappelez aux participants que même les apprenants les plus avancés continuent d'apprendre les uns des autres et en remettant en question leurs propres attitudes, valeurs et croyances. Encouragez les participants à partager leurs difficultés et leurs « pratiques exemplaires » en matière de santé sexuelle, de réduction des méfaits et autres services liés aux ITSS.
6. Demandez aux participants quels enseignements ils espèrent tirer de leur participation à cette séance. Écrivez les réponses sur un tableau de papier ou sur un tableau blanc que vous conserverez à titre de référence. Cette liste vous aidera à adapter la discussion en fonction des besoins d'apprentissage de votre groupe. Pour gagner du temps, vous pouvez communiquer par courriel avec les participants avant la séance pour leur demander quels sujets liés à la santé sexuelle, à la réduction des méfaits ou aux ITSS ils souhaiteraient aborder au cours de l'atelier. Vous pourriez alors vous préparer et, au besoin, réunir des ressources additionnelles.



Exemple d'image de « Qu'espérez-vous apprendre aujourd'hui? »

DIAPOSITIVE 5 : NOS DROITS EN TANT QU'APPRENANTS

OBJECTIF : Souligner les règles de base qui permettront au groupe de préserver un environnement sûr et de favoriser le dialogue.

DOCUMENTS : Tableau de papier ou tableau blanc. Écrivez sur le tableau de papier ou sur le tableau blanc les droits à mesure que vous en parlez. Ils serviront de référence au groupe si quelqu'un ne respecte pas les droits d'autrui ou crée un environnement potentiellement dangereux pendant le déroulement de l'atelier.

Nos droits en tant qu'apprenants

Participation

Respect

Réussite

Plaisir!

Confidentialité



ÉTAPES/POINTS DE DISCUSSION :

1. Soulignez au groupe qu'il peut être difficile de discuter de stigmatisation, de sexualité, de consommation de substances et d'ITSS.



2. Dites au groupe que des personnes exprimeront des attitudes, des valeurs, des croyances et des expériences diverses. Créez un cadre sûr propice au dialogue et à l'apprentissage. Pour ce faire, abordez les points énumérés ci-dessous.

POINTS DE DISCUSSION

- Expliquez comment les droits à l'apprentissage peuvent aider à faire en sorte que tous se sentent en confiance pour explorer leurs attitudes, leurs valeurs et leurs croyances au cours de l'atelier.
- Dites aux participants qu'il est possible qu'ils se sentent mal à l'aise pendant la séance, ce qui n'est pas forcément une mauvaise chose. Un certain inconfort peut aider les participants à apprendre et à remettre en question leurs propres attitudes, valeurs et croyances inconscientes. Le fait d'établir clairement les droits des apprenants contribuera à créer un cadre où les participants s'attendent à se sentir interpellés, mais également où ils savent qu'ils peuvent se retirer s'ils se sentent mal à l'aise.
- Les adultes apprennent mieux dans des environnements positifs qui mettent à profit leur expérience et leurs connaissances préalables. Alors, concentrez-vous sur les idées positives que les participants expriment et encouragez-les à partager les stratégies qui fonctionnent bien pour eux. Cette approche créera un cadre d'apprentissage plus inclusif et accueillant.

RENSEIGNEMENTS ADDITIONNELS :

- **Participation** : Encouragez les gens à répondre aux questions, à partager des exemples et à participer aux activités et aux discussions. Rappelez aux participants que votre rôle d'animateur ou d'animatrice n'est pas celui d'un expert qui présente de l'information, mais plutôt celui d'un créateur de cadre sûr qui leur permet de réfléchir et de s'exprimer.
- **Retrait** : Dites aux participants qu'ils ont le droit de se taire et de ne pas participer à quelque activité ou discussion que ce soit. Le partage d'expériences liées à la sexualité, à la consommation de substances et à la stigmatisation peut être déclencheur d'émotions. Ils ne devraient pas se sentir obligés de partager des expériences s'ils ne sont pas à l'aise de le faire.
- **Confidentialité** : Encouragez les gens à partager des exemples de pratiques et des situations réelles pour mieux encadrer les discussions. Toutefois, prévenez-les d'éviter d'utiliser des informations permettant d'identifier les usagers ou les organisations (pour des raisons de confidentialité). Rappelez aux participants que tout renseignement personnel divulgué au sein du groupe demeure confidentiel. (Nota : si quelqu'un enfreint les règles de confidentialité ou divulgue beaucoup de renseignements personnels, rappelez-lui les droits des participants. Affichez les droits dans la salle et demandez à chaque personne de les respecter comme convenu.)



Exemple d'image des « Droits ».

- **Respect** : Reconnaissez qu'en leur qualité d'adultes et de professionnels de services sociaux et de santé, ce sont des apprenants respectueux. Encouragez-les toutefois à faire preuve de curiosité et d'ouverture à l'égard des valeurs et expériences des autres. Rappelez-leur également de faire attention à la façon dont ils expriment leurs propres valeurs et expériences.
- **Plaisir** : La sexualité, la consommation de substances et les ITSS peuvent être des sujets lourds. Pour beaucoup de gens, ces sujets n'ont pas donné lieu à des expériences positives. Alors, dites aux participants que vous espérez que vous en ferez aujourd'hui une expérience positive et qu'en groupe vous choisirez des activités qui joignent l'utile à l'agréable.

Après avoir abordé les droits des apprenants, demandez aux participants s'ils approuvent la liste ou s'ils souhaitent y ajouter un élément.

DIAPOSITIVE 6 : TERMES CLÉS

OBJECTIF : Faire en sorte que les participants aient la même compréhension des termes utilisés pendant l'atelier.

DOCUMENTS : Cahier de participation (pages 2 et 3)

Termes clés

ITSS

Positivité sexuelle

Réduction des méfaits

Soins sensibles aux traumatismes et à la violence



ÉTAPES/POINTS DE DISCUSSION :

1. Dirigez les participants vers la définition des termes aux pages 2 et 3 du cahier de participation et laissez-leur le temps d'en prendre connaissance. Lisez les définitions à voix haute pour respecter les différents styles d'apprentissage.
2. Demandez aux participants s'ils ont des questions ou des commentaires au sujet des termes.
3. Dirigez les participants vers le glossaire aux pages 15-17 du cahier de participation. Les participants peuvent se référer au glossaire à tout moment au cours de l'atelier si certains termes utilisés leur sont inconnus. Encouragez les participants à vous demander des éclaircissements sur n'importe quel terme utilisé au cours de l'atelier qui ne figure pas dans le glossaire.

POINTS DE DISCUSSION

- ITTS : Pour évaluer les connaissances préalables du groupe, demandez aux participants de nommer différentes ITSS (p. ex., herpès génital ou virus de l'herpès simplex, hépatite B et C, VIH, virus du papillome humain ou VPH, chlamydia, gonorrhée, syphilis, poux du pubis, gale, trichomonase).

- Réduction des méfaits : Pour évaluer les connaissances préalables du groupe, demandez aux participants de nommer différentes approches de réduction des méfaits. Réponses possibles : distribution de condoms, programme de soutien par les pairs, centre d'injection supervisée, programme d'échange de seringues, programme de naloxone, services éducatifs, etc.
 - Le recensement d'une grande variété d'approches de réduction des méfaits donnera à votre groupe une définition globale de la réduction des méfaits. Dites aux participants que les approches de réduction des méfaits sont utilisées dans des domaines de santé publique autres que la santé sexuelle et la consommation de substances.
- Positivité sexuelle : la positivité sexuelle considère la sexualité comme l'élément central de notre humanité et évacue la honte qui y est souvent associée. Lorsque vous abordez la positivité sexuelle avec le groupe, il est important d'insister sur le fait que tous n'ont pas découvert ou vécu leur sexualité de manière positive et avec assurance. C'est pourquoi il est important de recourir à une approche sensible aux traumatismes et à la violence chaque fois qu'il est question de sexualité.

NOTA : Pour toute question concernant la diversité de genre et la diversité sexuelle, vous pouvez diriger les participants vers les ressources supplémentaires répertoriées à l'annexe H.

DIAPOSITIVES 7, 8 ET 9 : TERMES CLÉS

OBJECTIF : Donner de l'information de base sur les soins sensibles aux traumatismes et à la violence.

DOCUMENTS : Cahier de participation (page 3)

Qu'est-ce que les soins sensibles aux traumatismes?

« Dans les services sensibles aux traumatismes, la sécurité et l'autonomisation de l'utilisateur ou de l'utilisatrice des services sont un élément crucial, intégré dans les politiques, les pratiques et les approches relationnelles du personnel. Les dispensateurs de services cultivent la sécurité dans chaque interaction et évitent les approches conflictuelles. Les approches sensibles aux traumatismes ressemblent aux approches de réduction des méfaits; les deux mettent l'accent sur la sécurité et la participation. »

Référence : « Trauma-informed practice guide », BC Provincial Mental Health and Substance Use Planning Council, 2013. Sur Internet : http://bccoweb.bc.ca/wp-content/uploads/2013/05/2013_TIP-Guide.pdf

Qu'est-ce que les soins sensibles aux traumatismes?

« Un aspect clé des services sensibles aux traumatismes consiste à créer un environnement où les usagers des services ne se font pas traumatiser davantage et ne revivent pas de traumatismes antérieurs (des événements reflétant leurs expériences antérieures d'impuissance et de perte de contrôle), et où ils peuvent prendre des décisions sur leurs besoins de traitement à un rythme qui leur paraît sans danger. »

Référence : « Trauma-informed practice guide », BC Provincial Mental Health and Substance Use Planning Council, 2013. Sur Internet : http://bccoweb.bc.ca/wp-content/uploads/2013/05/2013_TIP-Guide.pdf



Qu'est-ce que les soins sensibles aux traumatismes et à la violence (SSTV)?

Les SSTV élargissent le concept des soins sensibles aux traumatismes (SST) en reconnaissant les conditions sociales et structurelles globales qui influent sur la santé des gens, y compris les politiques et les pratiques institutionnelles. Il peut être difficile de parler de sexualité et de consommation de substances dans les milieux de service; le recours à une approche de SSTV permet de s'assurer que l'on a tenu compte des conditions structurelles et sociales globales et que les politiques et les pratiques de l'organisme et celles des dispensateurs de services ne font pas revivre de traumatismes aux usagers.

Exemples de stratégies de SSTV :

- reconnaître les effets des conditions historiques et structurelles;
- demander l'avis des usagers afin d'avoir des stratégies sûres et inclusives;
- encourager l'autonomisation des usagers par rapport aux options de traitement, et l'adoption de stratégies de réduction des méfaits;
- appliquer des politiques et des processus qui favorisent la souplesse et encouragent la prise de décisions partagées.

Référence : C.M. Marco, C.A. Washen, M. Ford-Gilboe M. V. Smye, A. Braams. « VEGA briefing note on trauma- and violence-informed care », VEGA Project and PREVAIL Research Network, 2016. Sur Internet : <http://jagov.vega.ca/wp-content/uploads/2016/07/VEGA-TVIC-Briefing-Note-2016.pdf>

ÉTAPES/POINTS DE DISCUSSION :

1. Laissez aux participants le temps de lire l'énoncé de la diapositive. Lisez le contenu à voix haute pour respecter les différents styles d'apprentissage. Demandez aux participants pourquoi à leur avis il est important de recourir à une approche sensible aux traumatismes et à la violence lorsqu'on parle de sexualité et de consommation de substances et que

l'on conçoit des services. Invitez-les ensuite à réfléchir aux traumatismes au sens large attribuables à diverses expériences. Les traumatismes peuvent résulter, entre autres, d'incidents de harcèlement, de racisme, de sexisme, d'homophobie, de transphobie, de colonisation, d'abus et d'agressions sexuels, de violence. Rappelez aux participants que des facteurs structurels comme les politiques et pratiques institutionnelles peuvent aussi perpétuer les traumatismes et la violence.

2. Demandez aux participants de réfléchir aux circonstances susceptibles de provoquer chez les usagers des sentiments d'impuissance ou de perte de contrôle lorsqu'ils sont avec une dispensatrice ou un dispensateur de services qui tente de mettre en place des pratiques exemplaires en matière de santé publique. Le dépistage d'ITSS en est un exemple : les usagers peuvent être vivement encouragés à se soumettre à un dépistage d'ITSS avant d'y être préparés ou d'en comprendre les conséquences.
3. Demandez aux participants de réfléchir aux impacts d'un traumatisme ou de la violence et de déterminer, pendant le déroulement de l'atelier, comment concevoir des services, des politiques et des approches relationnelles en tenant compte de ces expériences.

NOTA qu'en s'entretenant avec les usagers et en intervenant auprès d'eux, les dispensateurs de services peuvent raviver des expériences traumatisantes antérieures. La façon de poser les questions, de diriger les conversations et d'entrer en contact avec les usagers peut amener ces derniers à revivre des traumatismes. Cependant, grâce à des politiques et à des pratiques de soutien ainsi qu'à un cadre inclusif, les organisations peuvent habiliter les usagers à atténuer ces nouveaux traumatismes.

MODULE 2: EXPLORATION DE LA STIGMATISATION ET DES FACTEURS QUI Y CONTRIBUENT

DIAPOSITIVE 10 : ACTIVITÉ - LE LANGAGE DE LA SEXUALITÉ

OBJECTIF : Étudier la construction sociale de la sexualité et cerner les répercussions de l'hétéronormativité et des scénarios associés au genre.

DOCUMENTS : Cahier de participation (page 4).



ÉTAPES/POINTS DE DISCUSSION :

1. Dites aux participants que cette activité porte sur la construction culturelle dominante de la sexualité par l'exploration des mots que nous utilisons.
2. Demandez aux participants de se mettre en équipes de deux pour recenser tous les termes (y compris les expressions argotiques des adultes et des enfants) et synonymes utilisés pour décrire l'activité sexuelle. Allouez aux participants entre 2 et 5 minutes pour dresser leur liste.
3. Inscrivez tous les termes sur un tableau de papier ou sur un tableau blanc et, en groupe, dégagez les thèmes communs.

POINTS DE DISCUSSION

Commencez par discuter des termes décrivant l'activité sexuelle.

- La majorité (sinon la totalité) des termes désigneront probablement le sexe vaginal.
- Demandez au groupe ce que révèle une telle focalisation sur notre façon de définir l'activité sexuelle en tant que société.
- Quels types d'activités sexuelles sont le plus souvent abordés en tant que société? Réponse possible : les rapports hétérosexuels, à savoir la pénétration du pénis dans le vagin.

Abordez et définissez l'hétéronormativité et ses répercussions sur la prévention, le dépistage et le traitement des ITSS.

- Les suppositions hétéronormatives (fondées sur la croyance selon laquelle chaque personne est hétérosexuelle jusqu'à preuve du contraire) peuvent se perpétuer à travers le langage, y compris le langage utilisé lors de conversations avec les usagers et celui utilisé dans les formulaires d'accueil, les ressources et autres documents d'information présentés aux usagers.
- En faisant des suppositions hétéronormatives, même involontairement, la dispensatrice ou le dispensateur de services peut poser des questions qui peuvent envenimer ses rapports avec l'usagère ou l'utilisateur ou aboutir à des occasions ratées de soins.
- L'hétéronormativité peut faire en sorte que l'usagère ou l'utilisateur a l'impression de ne pas pouvoir être honnête avec les professionnels lorsqu'il est question de ses pratiques sexuelles ou de son orientation sexuelle.

Demandez au groupe :

- « Les mots que nous utilisons pour décrire l'activité sexuelle sont-ils plutôt positifs ou plutôt négatifs? Quel lien peut-on établir avec la stigmatisation? »
- Réponse possible : La prévalence d'un langage violent ou non consensuel indique que nous avons, en tant que société, une notion confuse de ce qu'est le consentement. Cette confusion peut alimenter la grande prévalence d'agressions sexuelles et de violence sexuelle dans notre société. En tant que dispensateurs de services, nous pouvons commencer à nous attaquer à ce problème en parlant à tous nos usagers du droit au consentement, en ne présumant pas qu'il y a eu consentement dans tous les cas et en travaillant dans une perspective axée sur la compréhension des traumatismes et de la violence.

Abordez quelques stratégies pour lutter contre la construction sociale négative de la sexualité.

- Il est important d'accueillir et de normaliser les révélations de diversité sexuelle et de genre des usagers pour qu'ils se sentent en sécurité et à l'aise. Questionnez les participants au sujet des types de relations sexuelles (c.-à-d. anales, vaginales, digitales, orales et masturbation), justifiez votre série de questions et dites que ces questions sont posées à tous.
- Respecter les pronom et nom que la personne souhaite qu'on utilise lorsqu'on s'adresse à elle et utiliser de façon systématique des termes non sexistes (partenaire, p. ex.).
- Les dispensateurs de services doivent connaître les stéréotypes courants, quoique malavisés, à l'égard de ce qu'on entend par « être sexué ». Par exemple, les personnes handicapées ou les aînés peuvent être écartés des discussions habituelles au sujet de leur santé sexuelle.
- Utilisez une approche sensible aux traumatismes et à la violence.

Pour conclure, rappelez que la construction sociale négative de la sexualité peut mener à l'utilisation d'un langage stigmatisant ainsi qu'à des attitudes, des valeurs et des croyances stigmatisantes. **Notre conception de la sexualité peut également influencer certains mythes au sujet des personnes susceptibles de contracter des ITSS et, par conséquent, la façon dont nous, en tant que professionnels de la santé et des services sociaux, informons les usagers des méthodes de réduction des méfaits.**

DIAPOSITIVE 11 : ACTIVITÉ - NOMMEZ CETTE SUBSTANCE

OBJECTIF : Réfléchir à ses propres suppositions concernant la consommation de substances, explorer les messages dominants touchant la consommation de substances et analyser les perceptions de la société à l'égard de certaines substances qu'elle juge plus néfastes ou négatives que d'autres.

Activité: Nommez la substance



NOTA : CETTE COURTE ACTIVITÉ PEUT ÊTRE PROPOSÉE À DES GROUPES AYANT PEU D'EXPÉRIENCE EN RÉDUCTION DES MÉFAITS.

DOCUMENTS : Cahier de participation (page 4), Fiche d'activité Nommez cette substance (un exemplaire que vous lirez à voix haute au groupe; annexe C)

ÉTAPES/POINTS DE DISCUSSION :

1. Sans nommer la substance, lisez l'information sur chacune des substances de la fiche d'activité. Nommez cette substance. Demandez aux participants de nommer à voix haute la substance que vous décrivez.
2. Au terme de l'activité, demandez aux participants s'ils ont été surpris par certaines réponses.
3. Demandez-leur s'ils ont remarqué que plusieurs substances légales étaient aussi nocives que les substances illégales, sinon plus.
4. Demandez quelles substances sont considérées comme étant acceptables dans notre société. Encouragez les participants à réfléchir à certaines idées reçues qu'entretient notre société à l'égard des consommateurs de substances.
5. Demandez au groupe quelles informations erronées au sujet des substances peuvent influencer sur les attitudes, les valeurs et les croyances d'un dispensatrice ou d'un dispensateur de services.
6. Demandez de quelle manière ces informations erronées peuvent influencer les attitudes, valeurs et croyances des usagers, ainsi que sur leurs interactions avec les dispensateurs de services.

POINTS DE DISCUSSION

Réponses tirées d'ateliers précédents :

- **Les réponses vous ont-elles surpris?** Oui, plusieurs substances sont très semblables, et plusieurs des substances les plus nocives sont en fait légales.
- **Quelles substances sont considérées comme étant acceptables dans notre société?** Les substances prescrites par les médecins ou en vente libre sont considérées comme plus acceptables. De plus, certaines substances comme l'alcool sont plus acceptées socialement. Certaines substances sont présentées uniquement comme étant nocives, ce qui perpétue la stigmatisation et freine les efforts de réduction des méfaits.
- **Comment les informations erronées au sujet des substances influent-elles sur les attitudes, les valeurs et les croyances des dispensateurs de services?** Les croyances concernant les substances les plus nocives et celles concernant les consommateurs de substances en sont deux exemples. Les dispensateurs de services peuvent ne pas parler de substances avec tous leurs usagers, compte tenu de leurs suppositions erronées quant à savoir à qui peut profiter de telles conversations. Ils peuvent axer leurs efforts de réduction des méfaits sur les personnes qui sont traditionnellement jugées comme étant les plus à risque et exclure le reste de la population, même si elle peut également beaucoup apprendre d'une discussion sur la consommation de substances.
- **Comment les informations erronées influent-elles sur les attitudes, valeurs et suppositions des usagers à l'égard de la consommation de substances?** Certaines personnes qui consomment des substances ne s'identifient pas nécessairement à des personnes qui « consomment ». Certaines peuvent être victimes de stigmatisation intériorisée ou perçue et, par conséquent, évitent de révéler leur consommation de substances par peur de la discrimination.

Renvoyez les participants à la définition de la réduction des méfaits dans leur cahier à la page 3. **La réduction des méfaits est une approche équitable fondée sur des données probantes qui reconnaît que les usagers sont les experts de leur propre vie. Les conversations sur la consommation de substances devraient être centrées sur l'usagère ou l'utilisateur et axées sur les éventuels effets néfastes, plutôt que de miser uniquement sur la réduction de consommation ou sur la promotion de l'abstinence. Une approche de réduction des méfaits reconnaît qu'une personne qui révèle une consommation de substances ne cherche pas toujours de l'aide ou n'a pas nécessairement besoin d'être aidée.**

DIAPOSITIVE 12 : DÉCONSTRUIRE LA STIGMATISATION

OBJECTIF : Lancer des idées pour définir la stigmatisation, l'endroit où elle se manifeste et ses conséquences. C'est l'occasion d'évaluer le niveau de connaissances des participants et de partir de là.

DOCUMENTS : Cahier de participation (page 5)

La stigmatisation

Qu'est-ce que c'est?

Où la voit-on?

Quel est son impact?



ÉTAPES/POINTS DE DISCUSSION :

1. Demandez aux participants de se diviser en petits groupes pour lancer des idées en vue de définir la stigmatisation.
2. Demandez-leur de discuter des circonstances dans lesquelles elle se produit et de ses conséquences sur les personnes qui en sont victimes, p. ex. :
 - capacité de parler de sexualité, de consommation de substances ou d'ITSS;
 - volonté de subir un test de dépistage d'ITSS;
 - capacité de négocier l'utilisation de préservatifs;
 - volonté de discuter de leur identité sexuelle et de genre;
 - capacité d'accéder à des services de santé et de soutien social dénués de jugement.

Si le temps presse, faites une séance de remue-méninges en groupe. Cette approche n'est pas recommandée avec des groupes silencieux.
3. Invitez les groupes à se pencher sur les points suivants :
 - La construction sociale de la sexualité et de la consommation de substances : de quelle manière nos messages communs sur la sexualité et la consommation de substances influent-ils sur la stigmatisation associée aux ITSS?

- Comment les messages prédominants sur la sexualité et la consommation de substances – souvent négatifs ou fondés sur la peur – nous influencent-ils en tant que dispensateurs de services et comment influencent-ils nos perceptions à l'égard des usagers de nos services? Comment cela peut-il affecter la volonté d'une usagère ou d'un usager de discuter de sa sexualité ou de sa consommation de substances avec des professionnels de la santé ou des services sociaux?
4. Allouez environ 5 minutes à la discussion en petits groupes, puis réunissez le groupe pour le compte rendu.

POINTS DE DISCUSSION

- Selon le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), la stigmatisation peut être décrite comme un processus dynamique de dévalorisation qui discrédite fortement une personne aux yeux des autres, par exemple lorsque certains attributs sont jugés déshonorants ou dégradants dans des cultures ou des contextes donnés. Lorsque la stigmatisation est suivie de faits, elle devient de la discrimination. La discrimination renvoie à toute forme de distinction, d'exclusion ou de restriction arbitraires à l'égard d'une personne, généralement, mais pas exclusivement, en fonction d'une caractéristique inhérente à cette personne ou perçue comme appartenant à un groupe particulier.¹
- Les dispensateurs de services de prévention, de dépistage et de traitement des ITSS doivent comprendre les impacts profonds de la stigmatisation.^{1,2,3}
- La stigmatisation peut avoir sur les personnes qui vivent avec des ITSS ou qui en sont touchées des effets néfastes tels le stress psychologique, la peur de la divulgation et l'évitement des services de prévention, de dépistage et de traitement.^{2,4,5,6,7} La stigmatisation au sein des établissements de santé peut influencer sur la qualité des soins, de même que sur le bien-être d'une usagère ou d'un usager et sur sa confiance envers le processus de soins.⁸

1 Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA). *Guide de terminologie de l'ONUSIDA* (version 2015), Genève (Suisse), ONUSIDA, 2015. Consulté le 7 janvier 2015 : http://www.unaids.org/fr/resources/documents/2015/2015_terminology_guidelines

2 D.J. Fortenberry et coll., « Relationships of stigma and shame to gonorrhoea and HIV screening », *Am J Public Health*, vol. 92, n°3 (2002), p. 378-381.

3 J.V. Ford et coll., « Sexual health training and education in the U.S. », *Public Health Reports*, vol. 128, suppl. 1 (2013), p. 96-101.

4 M. Balfe et coll., « Young women's decisions to accept chlamydia screening: influences of stigma and doctor-patient interactions », *BMC Public Health*, vol. 10 (2010), p. 425.

5 A.P. Mahajan et coll., « Stigma in the HIV/AIDS epidemic: a review of the literature and recommendations for the way forward », *AIDS*, vol. 22, suppl. 2 (2008), p. S67-S79.

6 J. Mill et coll., « Accessing health services while living with HIV: intersections of stigma », *Can J of Nurs Res*, vol. 41, n° 3 (2009), p. 168-185.

7 M.L. Rusch et coll., « Preliminary development of a scale to measure stigma relating to sexually transmitted infections among women in a high risk neighbourhood », *BMC Womens Health*, vol. 8, n° 21 (2008).

8 J.J. Kinsler et coll., « The effect of perceived stigma from a health care provider on access to care among a low-income HIV-positive population », *AIDS Patient Care STDs*, vol. 21, n° 8 (2007), p. 584-592.

- La stigmatisation est exacerbée lorsque la société adopte une attitude globalement négative à l'égard de la sexualité et de la consommation de substances ou qu'elle aborde les ITSS au moyen d'une approche fondée sur la peur. La stigmatisation est souvent aggravée par des discours de promotion de la santé ou de santé publique qui mettent l'accent sur les populations « à risque », ce qui peut perpétuer les attitudes négatives fondées sur l'orientation sexuelle, l'identité de genre, la race, la classe sociale, etc.⁹ Le fait de cibler des populations particulières risque de renforcer les croyances communes selon lesquelles seulement « certains » groupes de personnes présentent un risque de contracter des ITSS. Cela peut contribuer à limiter les messages de réduction des méfaits ou les possibilités de dépistage aux seules personnes jugées comme étant les plus « à risque ».

Questions pour aider le groupe à s'interroger sur les conséquences de la stigmatisation :

- **Quelles sont les conséquences de la stigmatisation sur les discussions sur la réduction des méfaits?**

La stigmatisation renforce l'idée selon laquelle certains comportements sont acceptables et d'autres non. Par exemple, certaines substances sont plus acceptables socialement et sont jugées moins dommageables malgré ce qu'en disent les recherches.

- **Certaines de nos pratiques ou interventions de promotion de la santé contribuent-elles à la stigmatisation?**

Par exemple, dans vos demandes d'analyse en laboratoire, devez-vous justifier les tests de dépistage du VIH? Y a-t-il une liste de cases à cocher qui inclut des groupes de populations jugés « à risque élevé »?



9 ONUSIDA, *Aide-mémoire : Stigmatisation et discrimination*, 2003. Consulté le 7 janvier 2015 : http://data.unaids.org/publications/Fact-Sheets03/fs_stigma_discrimination_fr.pdf

DIAPOSITIVE 13 : LA STIGMATISATION DÉFINIE

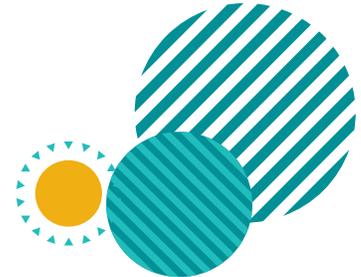
OBJECTIF : Explorer une définition plus succincte de la stigmatisation, ses différentes formes, ses conséquences sur les plans psychologique, social et de la santé et la nécessité d'adapter les interventions en fonction des différentes formes de stigmatisation.



DOCUMENTS : Cahier de participation (page 6)

ÉTAPES/POINTS DE DISCUSSION :

1. Demandez au groupe de lire les définitions à la page 6 du cahier ou sur la diapositive. Lisez les définitions à voix haute pour respecter les différents styles d'apprentissage. Insistez sur le fait que bien que la stigmatisation soit souvent évoquée, elle est rarement clairement définie, et qu'il devient difficile pour les dispensateurs de services d'aborder le sujet au sein de leur organisation. L'ACSP a dépouillé la documentation et relevé les définitions suivantes :



- **Stigmatisation perçue** : conscience d'attitudes sociales négatives, peur de la discrimination et sentiments de honte.¹⁰
- **Stigmatisation intériorisée**: acceptation par une personne de croyances, de points de vue et de sentiments négatifs à son égard et à l'égard du groupe auquel elle appartient.¹⁰
- **Stigmatisation effective** : englobe les actes de discrimination, comme l'exclusion ou la violence physique ou psychologique (imputables à l'identité ou à l'appartenance réelle ou perçue d'une personne à un groupe stigmatisé).¹⁰
- **Stigmatisation multidimensionnelle ou composée**: envers une personne possédant plus d'une identité stigmatisée (p. ex., séropositivité VIH, orientation sexuelle, race, origine ethnique).¹⁰
- **Stigmatisation institutionnelle ou structurelle** : d'un groupe de personnes par l'application de politiques et de procédures.¹¹

10 Adaptation de : A. Stangl, L. Brady et K. Fritz, « Measuring HIV stigma and discrimination », *STRIVE Technical Brief*, juillet 2012, et M.R Loutfy et coll., « Gender and ethnicity differences in HIV-related stigma experienced by people living with HIV in Ontario, Canada », *PLoS ONE*, vol. 7, n° 12 (2012), p. e48168.

11 Adaptation de : P.W. Corrigan, F.E. Markowitz et A.C. Watson, « Structural levels of mental illness stigma and discrimination », *Schizophrenia Bulletin*, vol. 30, n° 3 (2004), p. 481-491.

2. Dites aux participants qu'il est essentiel de comprendre les différentes formes de stigmatisation. La recherche démontre qu'il est inutile d'essayer de réduire la stigmatisation à moins d'en comprendre la complexité et d'adapter l'intervention en fonction de la forme de stigmatisation dont l'usagère ou l'utilisateur est victime.¹²
3. Pour chacune des cinq formes de stigmatisation, demandez aux participants de donner un exemple qu'ils ont observé dans un établissement de santé et de services sociaux ou dans la communauté.

POINTS DE DISCUSSION

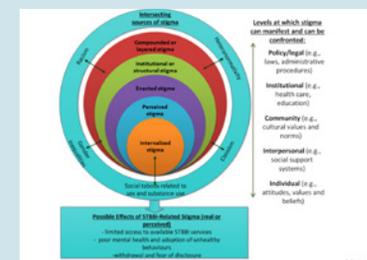
Pour un groupe silencieux, utilisez ces exemples pour orienter la discussion sur les différentes formes de stigmatisation.

- **Stigmatisation perçue** - une personne entre dans une clinique et voit des affiches et des brochures s'adressant principalement à des couples hétérosexuels. Elle s'attend donc à être stigmatisée en raison de son orientation sexuelle et s'abstient de parler franchement de sa sexualité avec sa dispensatrice ou son dispensateur de services.
- **Stigmatisation intériorisée** - une personne intériorise les attitudes, valeurs et croyances négatives de la société à l'égard de son identité et commence à croire qu'elle mérite la stigmatisation et la discrimination dont elle est victime. Cela contribue aux sentiments de faible estime de soi et à l'adoption de comportements malsains.
- **Stigmatisation effective** - à la suite d'une conversation avec sa dispensatrice ou son dispensateur de services, une personne est amenée à croire qu'elle a contracté une ITSS en raison de son comportement « à risque » ou qu'elle le mérite en raison de ses choix personnels et de son identité.
- **Stigmatisation multidimensionnelle ou composée** - un nouvel arrivant au Canada ne se sent pas bien accueilli dans un organisme de services liés au VIH en raison de son origine ethnique, ni dans son organisme local d'aide aux immigrants en raison de son statut sérologique VIH.
- **Stigmatisation institutionnelle ou structurelle** - un organisme refuse d'offrir des services à une personne intoxiquée.

DIAPOSITIVE 14 : ACTIVITÉ - SCÉNARIO DE CAS DE STIGMATISATION

OBJECTIF : Déterminer comment chaque forme de stigmatisation affecte la santé et le bien-être des usagers.

DOCUMENTS : Cahier de participation (pages 7 et 8), scénario de cas de stigmatisation (annexe B)



12 A.L. Stangl et coll., « A systematic review of interventions to reduce HIV-related stigma and discrimination from 2002 to 2013: How far have we come? », *AIDS Society*, vol. 16, suppl. 2 (2013), p. 18734.

ÉTAPES/POINTS DE DISCUSSION :

1. Demandez aux participants de regarder le diagramme à la page 7 du guide. Expliquez que l'ACSP a créé ce cadre pour présenter les différentes formes de stigmatisation et les différents niveaux que les personnes stigmatisées traversent, ainsi que la mesure dans laquelle les organisations peuvent s'attaquer à la stigmatisation. Les cinq formes de stigmatisation sont représentées par des cercles se chevauchant pour souligner leur interconnexion. Autour se trouvent les sources contiguës incluant le racisme, l'inégalité de genre, l'hétéronormativité, le classisme, la colonisation, le capacitisme, etc. Le diagramme présente les niveaux socioécologiques dans lesquels la stigmatisation se manifeste et dans lesquels il est possible de concevoir des actions et des interventions de réduction de la stigmatisation. On y trouve également les effets de la stigmatisation associée aux ITSS, comme les problèmes de santé mentale, l'adoption de comportements malsains, la peur de la divulgation et le recours limité aux services offerts.
2. Distribuez le scénario de cas de stigmatisation à chaque participant (annexe B).
3. Demandez aux participants de prendre quelques minutes pour lire le scénario, puis de se répartir en groupes de trois ou quatre personnes.
4. Demandez aux groupes de relire le scénario afin d'y relever les différentes formes de stigmatisation. Demandez ensuite aux participants de lancer des idées de stratégies visant à réduire la stigmatisation décrite dans le scénario. Allouez environ 10 minutes à cet exercice puis réunissez le groupe pour le compte rendu. Certains participants peuvent choisir de travailler seuls.
5. Demandez aux participants ce qu'ils ont ressenti en lisant le scénario. Réponses possibles :
 - C'est le reflet de la réalité dans les établissements de santé et de services sociaux.
 - C'est bouleversant ou décourageant. **NOTA : dans un tel cas, encouragez les participants à se concentrer sur les solutions qu'ils ont lancées et qui pourraient contribuer à réduire la stigmatisation dans les établissements de santé et de services sociaux.**
6. Collectivement, lisez le scénario paragraphe par paragraphe et relevez les différentes formes de stigmatisation. **Consultez l'annexe B pour obtenir des exemples de points de discussion pour ce scénario.**
7. Demandez aux participants d'exprimer une ou deux idées pour lutter contre les exemples de stigmatisation dans ce scénario. Si le temps le permet, notez quelques suggestions.

POINTS DE DISCUSSION

- Invitez les participants à réfléchir aux facteurs potentiels de stigmatisation au sein des établissements de santé et de services sociaux. Soulignez les nombreux facteurs qui contribuent à la stigmatisation, y compris les facteurs individuels, interpersonnels, communautaires, institutionnels et politiques/juridiques. Il peut, par exemple, s'agir de la crainte de la transmission par simple contact, de la crainte causée par l'incurabilité de certaines ITSS, du jugement social attribuable à l'association entre les ITSS et un comportement jugé immoral ou répréhensible (la consommation de substances ou la promiscuité sexuelle, p. ex.), d'un accès limité ou d'une absence d'accès à des services en

raison de politiques et de procédures discriminatoires comme la criminalisation du non-dévoilement de la séropositivité au VIH au Canada.^{13,14}

- Avez la discussion sur la recherche de solutions. Permettez aux participants de partager leurs histoires et expériences, tout en tentant de garder la discussion axée sur les points forts, et encouragez le groupe à lancer des idées de solutions.
- Si le groupe est en proie à un sentiment d'impuissance face à la nature structurelle ou systémique de la stigmatisation et à l'oppression de certains groupes en raison de politiques et d'institutions, discutez des changements possibles grâce à l'action collective.
 - En tant que dispensateurs de services, il nous incombe de créer des conditions sociales plus justes. Nous avons la capacité de collaborer pour favoriser et créer des changements positifs. Le simple fait de participer à cette discussion peut être un point de départ.
 - Rappelez au groupe que le désapprentissage de nos propres attitudes, valeurs et croyances est un pas vers le changement social. Pour le reste de l'atelier, invitez les participants à réfléchir aux changements qu'ils peuvent apporter à leur pratique personnelle et dans leur organisme afin d'offrir des services plus sûrs et plus respectueux. Encouragez les participants à se mettre en réseau les uns avec les autres et, dans la mesure du possible, à chercher des occasions de collaboration en vue de provoquer des changements à l'échelle de la communauté.

DIAPOSITIVE 15 : QUE PENSENT LES USAGERS?

OBJECTIF : Faire connaître les travaux de recherche sur les opinions et les sentiments des usagers lorsqu'ils sont interrogés par les dispensateurs de services sur leur santé sexuelle ou sur leur consommation de substances.

DOCUMENTS : Cahier de participation (page 9)

Que pensent les clients?



Des études ont montré que les professionnels n'ont pas à craindre que les usagers ne veulent pas se faire poser de questions sur leur santé sexuelle. Les usagers de nombreux types d'établissements et dans tous les groupes d'âge croient que les dispensateurs de services devraient leur poser des questions sur leur santé sexuelle (Sargant, Smallwood et Finlay, 2014).

Bien qu'on en sache moins sur les attentes des usagers à l'égard des discussions sur la consommation de substances, les résultats positifs associés au dépistage des problèmes de consommation, à condition que les discussions soient respectueuses et dénuées de jugement, sont bien attestés (Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2015).

Ces conversations aident à détecter, à prévenir et à traiter les ITSS. Pour les professionnels, elles sont aussi l'occasion de discuter de stratégies de réduction des méfaits avec les usagers de façon sûre et respectueuse.

13 S. Sengupta et coll., « HIV interventions to reduce HIV/AIDS stigma: A systematic review », *AIDS Behav.*, vol. 15, n° 6 (2011), p. 1075-1087.

14 A.C. Wagner et coll. « Health care provider attitudes and beliefs about people living with HIV: Initial validation of the Health Care Provider HIV/AIDS Stigma Scale (HPASS) », *AIDS Behav.*, vol. 18, n° 12 (déc. 2014), p. 2397-2408.

ÉTAPES/POINTS DE DISCUSSION :

1. Expliquez que le préjugé le plus courant est que les usagers ne veulent pas parler de santé sexuelle ou de consommation de substances avec leurs dispensateurs de services. Après avoir laissé aux participants le temps de lire la diapositive, demandez-leur s'ils croient que la plupart des usagers s'attendent à ce que les dispensateurs de services leur parlent de sexualité et de consommation de substances et l'acceptent volontiers.
2. Laissez aux participants le temps de partager leurs expériences.
3. Demandez-leur pourquoi les dispensateurs de services présument souvent que les usagers ne veulent pas parler de santé sexuelle ou de consommation de substances.

POINTS DE DISCUSSION

Il est mentionné, tant dans la littérature grise et que dans la littérature didactique, que les personnes s'attendent à ce que les dispensateurs de services leur posent des questions sur leur santé sexuelle.¹⁵

- Les attitudes, valeurs et croyances d'une dispensatrice ou d'un dispensateur de services à l'égard de la consommation de substances et de la sexualité peuvent être des obstacles à une franche discussion. Si la dispensatrice ou le dispensateur ne se sent pas à l'aise ou en confiance pour parler de sexualité et de consommation de substances, l'usagère ou l'utilisateur risque de sentir son inconfort et d'éviter le sujet.
- La stigmatisation sociale et la honte peuvent créer des barrières entre les dispensateurs et les usagers.
- Les suppositions quant à savoir qui est le plus à risque ou qui peut bénéficier le plus de la réduction des méfaits peuvent amener les dispensateurs à ne parler de sexualité et de consommation de substances qu'avec certains groupes et à délaisser les autres (souvent inconsciemment). Par exemple, les personnes âgées ou celles en relation monogame sont moins susceptibles d'être interrogées sur leur sexualité par leur médecin.¹⁶

Bien qu'on en sache moins sur les attentes des usagers à l'égard des discussions sur la consommation de substances, les résultats positifs associés au dépistage des problèmes de consommation, à condition que les discussions soient respectueuses et dénuées de jugement, sont bien attestés.¹⁷

Il est important de discuter de santé sexuelle et de consommation de substances avec tous les usagers, et de le faire dans un cadre sensible aux traumatismes et à la violence. Lorsqu'une personne n'est pas disposée à discuter de santé sexuelle ou de consommation de substances ou qu'elle n'est pas prête à entreprendre un traitement ou à être aiguillée vers d'autres services, vous devez lui prodiguer des soins sans porter de jugement et en respectant ses limites.

15 E. Dyke, « Scan on talking about sexuality/substance use and taking a sexual health and substance use history », document interne non publié, Association canadienne de santé publique, 2014.

16 K.A. Ports et coll., « Sexual health discussions with older adult patients during periodic health exams », *The Journal of Sexual Medicine*, vol. 11, n° 4 (2014), p. 901-908.

17 Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, *Établissement d'un dialogue avec les clients qui utilisent des substances*, 2015. Consulté le 15 août 2016 : <http://rnao.ca/bpg/language/%C3%A9tablissement-dun-dialogue-avec-les-clients-qui-utilisent-des-substances>

MODULE 3: STRATÉGIES POUR DISCUTER DE SANTÉ SEXUELLE, DE CONSOMMATION DE SUBSTANCES ET D'ITSS ET POUR RÉDUIRE LA STIGMATISATION

DIAPOSITIVE 16 : OUTILS PRATIQUES

OBJECTIF : Présenter le dernier module de l'atelier, qui porte sur l'adoption de plusieurs stratégies et outils qui peuvent favoriser des conversations plus sûres et plus respectueuses sur la santé sexuelle, la consommation de substances et les ITSS.

DOCUMENTS : s.o.

Outils d'exercice

- Décortiquer le risque
- L'importance de la vie privée et de la confidentialité
- Comment discuter de santé sexuelle, de consommation de substances et d'ITSS : Un guide pour les dispensateurs de services
- Exercez-vous!



ÉTAPES/POINTS DE DISCUSSION :

1. Dites aux participants que vous en êtes à la troisième et dernière section de l'atelier, qui porte sur des stratégies et des outils pouvant aider les dispensateurs de services à avoir des conversations plus sûres et plus inclusives avec leurs usagers.
2. Encouragez les participants à continuer de réfléchir à ce qu'ils ont appris plus tôt au cours de l'atelier lorsqu'ils s'approprieront à mettre en place les outils et les stratégies dans leur pratique.



DIAPOSITIVE 17 : ACTIVITÉ - DÉCONSTRUIRE LE RISQUE

OBJECTIF : Se pencher sur le langage utilisé par les dispensateurs de services lorsqu'ils discutent d'ITSS avec les usagers et, plus particulièrement, déconstruire la notion de risque et évaluer ses répercussions.

DOCUMENTS : Tableau blanc/noir ou tableau de papier

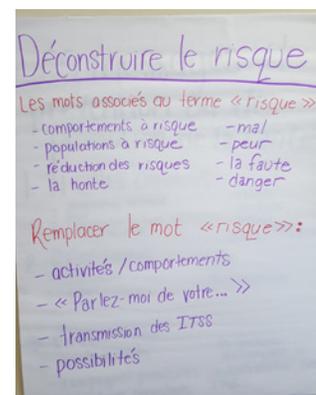
Activité



Risque

ÉTAPES/POINTS DE DISCUSSION :

1. Rappelez au groupe que les dispensateurs de services peuvent avoir un impact majeur sur les efforts de prévention, de dépistage et de traitement des ITSS lorsqu'ils interagissent avec leurs usagers. Comme il peut s'avérer difficile de discuter de sexualité, de consommation de substances et d'ITSS, les dispensateurs doivent constamment s'exercer afin d'améliorer leur niveau de confiance, d'aisance et de compétence. La remise en question de leurs propres pratiques, attitudes, valeurs et croyances devrait également être un exercice continu.
2. Demandez aux participants de réfléchir à tous les mots qu'ils associent au terme « risque » dans le domaine de la santé.
3. Notez les réponses sur un tableau de papier ou un tableau blanc.
4. Demandez aux participants ce qu'ils pensent spontanément de cette liste. Parmi les réponses des ateliers précédents figuraient danger, peur, néfaste, quelque chose à éviter et conséquences négatives.
5. Demandez aux participants s'ils ont déjà utilisé le mot « risque » dans leur pratique. Il est probable que plusieurs l'aient fait, notamment dans les locutions « comportements à risque », « réduction des risques » et « populations à risque ».
6. Demandez aux participants comment ils se sentiraient si on faisait allusion à leurs pratiques ou à leur identité personnelle dans un contexte de risque. Ce type de langage peut donner lieu à une stigmatisation intériorisée ou perçue.
7. Demandez aux participants de lancer des idées de stratégies possibles pour supprimer de leur vocabulaire les mots fondés sur le risque. Par exemple, est-il possible de supprimer le mot en mettant simplement l'accent sur des comportements ou sur des activités?



DIAPOSITIVE 18 : UNE NOTE SUR LA PROTECTION DE LA CONFIDENTIALITÉ ET DE LA VIE PRIVÉE

OBJECTIF : Souligner l'importance de la protection de la confidentialité et de la vie privée comme mécanisme de réduction de la stigmatisation.

DOCUMENTS : Cahier de participation (page 11)

L'importance de la vie privée et de la confidentialité



Étant donné la stigmatisation qui peut être associée aux antécédents d'ITSS ou de consommation de substances d'un usager ou d'une usagère, il est extrêmement important de respecter son droit à la vie privée et à la confidentialité.

Les usagers ont le droit de connaître les limites possibles à la confidentialité. Il est important de ne rien leur cacher et de leur expliquer clairement la confidentialité et ses contraintes pour qu'ils puissent prendre des décisions éclairées au sujet de leurs soins.

Pour plus de renseignements, veuillez consulter *Réduire la stigmatisation et la discrimination par la protection de la vie privée et de la confidentialité*, l'Association canadienne de santé publique et Réseau juridique canadien Viriada, 2017.

ÉTAPES/POINTS DE DISCUSSION :

1. Demandez aux participants comment, selon eux, la protection de la vie privée et de la confidentialité peut contribuer à lutter contre la stigmatisation dans les établissements de santé et de services sociaux.
2. Soyez prêt(e) à discuter de la criminalisation de la non-divulgence du VIH, des limites potentielles de la confidentialité et de l'obligation de divulgation. Consultez les points de discussion ci-dessous, tirés de la ressource de l'ACSP [Réduire la stigmatisation liée aux ITSS par la protection de la confidentialité et des renseignements personnels](#). Pour d'autres points au sujet de la criminalisation de la non-divulgence du VIH, consultez la page 14 du cahier de participation..

POINTS DE DISCUSSION

- Le respect des droits des usagers à la vie privée et à la confidentialité peut contribuer à réduire la stigmatisation et la discrimination dans les établissements de santé et de services sociaux.
- Bien que la portée et le degré varient d'une personne à l'autre, tous les dispensateurs de services de conseil, de soins et de traitement liés aux ITSS ont une obligation juridique de confidentialité.
- Lorsque vous discutez de l'obligation de confidentialité avec les usagers, précisez que leurs renseignements personnels seront utilisés et dites à qui ils seront communiqués (dans l'immédiat et à l'avenir). L'obligation de confidentialité de la dispensatrice ou du dispensateur ne se limite pas à la santé des usagers en matière d'ITSS ou à leurs autres problèmes de santé, mais s'étend à tout renseignement personnel que peut recevoir une dispensatrice ou un dispensateur dans le cadre de services de conseils, de soins et de traitement. Tous les renseignements concernant l'activité sexuelle, la consommation de substances, l'orientation sexuelle, l'identité de genre d'une personne ou ses difficultés concernant la divulgation à ses partenaires doivent demeurer confidentiels.
- Il est également important de discuter des limites potentielles de la confidentialité, y compris, par exemple, l'obligation de divulgation ou la protection de la santé publique.

Certains dispensateurs peuvent craindre que le fait de parler aux usagers des limites de la confidentialité n'engendre davantage de peur, mais une conversation franche et honnête au sujet des limites potentielles s'inscrit dans le cadre d'une approche sensible aux traumatismes, puisqu'elle permet à la personne de contrôler les renseignements qu'elle décide de partager et d'y consentir de façon éclairée.

- Expliquer aux usagers pourquoi certaines questions leur sont posées et leur rappeler que toutes leurs réponses demeureront confidentielles. Les dispensateurs de services doivent réfléchir à leurs propres attitudes, valeurs et croyances pour déterminer si leurs questions relèvent de leurs hypothèses personnelles ou si elles sont pertinentes pour offrir les soins dont la personne a besoin.
- Chaque province a ses propres exigences en matière de déclaration des ITSS. En tant qu'animateur ou animatrice, assurez-vous de bien connaître les exigences locales à cet égard (ou sachez orienter les participants).
- En vertu du droit criminel canadien, les personnes atteintes du VIH ont une obligation juridique de divulguer leur séropositivité VIH à leur(s) partenaire(s) sexuels avant un rapport sexuel qui pose une « possibilité réaliste de transmission » (selon l'interprétation des tribunaux). La criminalisation actuelle du VIH perpétue la stigmatisation et la discrimination à l'endroit des personnes vivant avec le VIH et peut les écarter davantage des services de santé et des services sociaux. La criminalisation peut en outre renforcer la stigmatisation intériorisée et perçue qui, à leur tour, peuvent contribuer à la réticence d'une usagère ou d'un usager à discuter de ses pratiques sexuelles ou de sa consommation de substances avec des dispensateurs. Ce sont là d'importants facteurs que les dispensateurs de services doivent prendre en compte lorsqu'ils travaillent avec des personnes vivant avec le VIH ou qui souhaitent subir un test de dépistage du VIH.



NOTA : Bien que les dispensateurs de services ne puissent donner de conseils juridiques à leurs usagers, ils ne devraient pas être intimidés à l'idée de parler de VIH et des questions de divulgation qui s'y rattachent. Si les participants se posent des questions sur la protection de la vie privée, la confidentialité, la criminalisation de la non-divulgation du VIH ou toute autre question de droit, dirigez-les vers les ressources répertoriées à l'annexe H.

DIAPOSITIVE 19 : DISCUTER DE SANTÉ SEXUELLE, DE CONSOMMATION DE SUBSTANCES ET D'ITSS : GUIDE À L'INTENTION DES DISPENSATEURS DE SERVICES

OBJECTIF : S'exercer au moyen du guide *Discuter de santé sexuelle, de consommation de substances et d'ITSS : Guide à l'intention des dispensateurs de services*



DOCUMENTS : Cahier de participation (page 12), Scénarios de pratique (annexe D) et exemplaires du document [Discuter de santé sexuelle, de consommation de substances et d'ITSS : Guide à l'intention des dispensateurs de services](#) (cette ressource est inscrite dans la liste des ressources supplémentaires de l'annexe H)

NOTA : ENVOYEZ LE GUIDE DE DISCUSSION AUX PARTICIPANTS AVANT L'ATELIER POUR QU'ILS PUISSENT EN PRENDRE CONNAISSANCE. AYEZ EN MAIN DES EXEMPLAIRES SUPPLÉMENTAIRES POUR L'ATELIER.

ÉTAPES/POINTS DE DISCUSSION :

1. Veillez à ce que tous les participants aient un exemplaire du guide *Discuter de santé sexuelle, de consommation de substances et d'ITSS : Guide à l'intention des dispensateurs de services*.
2. Donnez aux participants un aperçu du guide :

Le guide de discussion est un outil que peuvent utiliser les dispensateurs de services pour échanger avec les usagers de façon plus sûre et plus respectueuse sur la sexualité, la consommation de substances et les ITSS (p. ex., lors d'une consultation en santé sexuelle, d'une conversation sur les antécédents de santé sexuelle et de consommation de substances, ou lorsqu'il est question des différentes options de dépistage d'ITSS). Ce guide s'adresse à un large éventail de dispensateurs de services (p. ex., des infirmières, des médecins, des éducateurs en matière de santé, des travailleurs sociaux, etc.) qui œuvrent dans le domaine de la santé sexuelle et de la réduction des méfaits ou des services sociaux et de santé en général.



Le guide de discussion s'inspire du [Guide to taking a sexual health history](#) des Centres de contrôle et de prévention des maladies des États-Unis, que l'on a modifié en fonction du langage et du contexte canadiens et auquel on a ajouté les notions de consommation de substances et de réduction de la stigmatisation et de la discrimination. Ce guide s'appuie sur de la littérature grise et de la documentation examinée par des pairs, de même que sur de nombreuses entrevues d'informateurs menées auprès de dispensateurs de services et de usagers vivant avec ou touchés par des ITSS. On y trouve ce qui suit :

- a. la création d'un environnement sûr et respectueux pour les usagers;
- b. les cinq grandes catégories qui doivent être abordées avec tous les usagers (pratiques, partenaires, protection contre les ITSS, antécédents et grossesse);
- c. la récapitulation de la discussion.

Le guide de discussion ne doit pas servir de méthode de référence pour le diagnostic ni d'outil de collecte de données, pas plus que l'exemple de dialogue ne doit être repris à la lettre. Il vise plutôt à faciliter des discussions plus sûres et plus respectueuses sur la sexualité, la consommation de substances et les ITSS entre dispensateurs de services et usagers. Les dispensateurs devraient s'exercer à aborder les cinq points dans le cadre de leurs échanges avec les usagers. Les questions et la façon dont elles sont posées (c.-à-d. l'ordre dans lequel les cinq points sont abordés, le recours à des questions fermées ou dirigées par rapport à des questions ouvertes ou à réponse libre) peuvent être modifiées selon la nature de la visite, le lien entre dispensateurs et usagers, la compréhension de l'usagère ou de l'utilisateur à l'égard des ITSS, etc. Toutes les questions de l'exemple de dialogue ne s'appliqueront pas nécessairement à chaque interaction. Dans bien des cas, il serait inopportun de poser toutes ces questions. Le genre de questions variera selon que la dispensatrice ou le dispensateur se renseigne sur les antécédents de la personne avant de la soumettre à un test de dépistage ou a avec elle une conversation générale sur la sexualité et la consommation de substances dans le cadre d'une séance de consultation ou d'information.

3. Dites aux participants que vous commencerez par discuter de chacune des sections du guide, puis passez à une activité de jeu de rôle pour qu'ils s'exercent à l'aide du guide de discussion.



DIAPOSITIVE 20 : DISCUTER DE SANTÉ SEXUELLE, DE CONSOMMATION DE SUBSTANCES ET D'ITSS : GUIDE À L'INTENTION DES DISPENSATEURS DE SERVICES

OBJECTIF : Faire un survol rapide de la section du guide de discussion qui porte sur la création d'un environnement sûr.

DOCUMENTS : Cahier de participation (page 12), exemplaires du document [Discuter de santé sexuelle, de consommation de substances et d'ITSS : Guide à l'intention des dispensateurs de services](#) (cette ressource est inscrite dans la liste des ressources supplémentaires de l'annexe H)

Création d'un environnement sûr

Utilisez un langage clair et inclusif
Ayez conscience de votre langage corporel et de vos propres valeurs

Évitez le langage fondé sur le risque
Ayez conscience des nombreuses strates de la stigmatisation

Connaissez les exigences de déclaration des ITSS dans votre province
Respectez le droit de vos usagers à la vie privée et à la confidentialité, et ayez une conversation claire sur les limites possibles de la confidentialité

Évitez toute supposition au sujet de l'orientation sexuelle, de l'identité de genre, des pratiques sexuelles, de la consommation de substances, etc. d'un usager ou d'une usagère

Assurez-vous d'être dans un espace privé et confortable
Ayez conscience des nombreux facteurs qui peuvent accroître la vulnérabilité d'un usager ou d'une usagère aux ITSS

ÉTAPES/POINTS DE DISCUSSION :

1. En groupe, passez en revue les recommandations concernant la création d'un environnement sûr.
2. Si le temps le permet, demandez aux participants de partager certaines difficultés (le cas échéant) qu'ils ont dû surmonter pour créer un environnement plus sûr et plus inclusif pour leurs usagers. Quelles stratégies ont-ils employées pour surmonter ces difficultés? (Ou lancez en groupe des idées de solutions.) Exemples de difficultés :
 - manque de temps pour établir un lien avec les usagers afin qu'ils se sentent en sécurité et à l'aise;
 - difficulté à expliquer les limites possibles au respect de la vie privée et à la confidentialité;
 - manque de temps pour entreprendre des exercices d'auto-réflexion et pour déboulooner ses propres attitudes, valeurs et croyances implicites;
 - perception que les usagers ne veulent pas discuter de leur santé sexuelle ou consommation de substances;
 - peur de les offenser ou de les perturber;
 - différences perçues en matière d'âge, de genre et d'orientation sexuelle entre la dispensatrice ou le dispensateur et l'usagère ou l'utilisateur, ce qui finit par créer un malaise;
 - gestion de la stigmatisation intériorisée de personnes victimes de marginalisation et des inégalités de santé qui en résultent.

POINTS DE DISCUSSION

- Créez un espace où les usagers se sentent à l'aise pour parler de leur santé sexuelle, de leur consommation de substances, de leur identité de genre, de leur orientation sexuelle, etc., sans avoir peur d'être jugés, et où les stratégies de réduction des méfaits peuvent être adaptées à leurs besoins.
- Assurez-vous de demander la permission aux usagers avant d'entamer une discussion sur leur santé sexuelle et sur leur consommation de substances. Dites-leur qu'ils n'ont pas à répondre à des questions qui les mettent mal à l'aise et encouragez-les à poser des questions pour apporter des précisions aux propos.

De nombreux facteurs influent sur la vulnérabilité d'une personne aux ITSS, y compris ses connaissances en matière de santé et sa capacité à naviguer dans les systèmes de santé et de services sociaux, sa capacité à négocier des méthodes de réduction des méfaits, son besoin d'intimité et de plaisir, ses expériences de stigmatisation et de discrimination, etc. Tous ces facteurs sont influencés par les déterminants sociaux de la santé, qui comprennent le logement, l'instruction, le revenu d'emploi et les conditions de travail, les réseaux de soutien social, le sexe, etc.

Même si les ITSS, la santé sexuelle ou la réduction des méfaits sont au cœur de vos discussions avec les usagers, assurez-vous de reconnaître tous les facteurs qui peuvent influencer sur leur vulnérabilité aux ITSS et d'adapter les stratégies de réduction des méfaits à leur vécu unique. Au besoin, dirigez vos usagers vers d'autres services de soutien dans leur communauté.

DIAPOSITIVE 21 : DISCUTER DE SANTÉ SEXUELLE, DE CONSOMMATION DE SUBSTANCES ET D'ITSS : GUIDE À L'INTENTION DES DISPENSATEURS DE SERVICES

OBJECTIF : Discuter des principaux points de la première catégorie, les pratiques.

DOCUMENTS : Cahier de participation (page 12), exemplaires du document [Discuter de santé sexuelle, de consommation de substances et d'ITSS : Guide à l'intention des dispensateurs de services](#) (cette ressource est inscrite dans la liste des ressources supplémentaires de l'annexe H)

Pratiques



En posant des questions sur les pratiques sexuelles ou la consommation de substances de l'usager ou de l'usagère, vous serez mieux en mesure de déterminer ses besoins de santé et de bien-être. Cela peut vous aider à lui parler du dépistage et des stratégies de réduction des méfaits pour réduire la transmission des ITSS.

« Je vais maintenant vous poser des questions plus précises sur vos pratiques sexuelles et vos pratiques de consommation de substances. »

N.B. : Renseignez-vous sur tous les types de pratiques sexuelles et de substances consommées. Employez un langage clair et simple et définissez les termes au besoin.

ÉTAPES/POINTS DE DISCUSSION :

3. Expliquez au groupe que les cinq catégories représentent les principaux enjeux pouvant être soulevés au cours d'une discussion sur la sexualité, la consommation de substances et les ITSS avec les usagers. Bien qu'on les présente comme des catégories distinctes, il n'est pas nécessaire de les aborder dans un ordre particulier. La conversation passera probablement d'une catégorie à une autre. Il faut adapter les conversations aux besoins de l'usagère ou de l'utilisateur.
4. Demandez aux participants de partager quelques stratégies qu'ils utilisent pour questionner leurs usagers au sujet de leurs pratiques sexuelles ou de consommation de substances. Remarquez si le mot « risque » est utilisé dans leur dialogue. Rappelez aux participants l'activité antérieure et les répercussions possibles d'un langage porteur de jugements de valeur comme le mot « risque ». Encouragez les participants à envisager le recours à d'autres termes, comme pratiques, comportements.
5. Si le temps le permet, demandez aux participants de partager les difficultés qu'ils doivent surmonter pour parler de pratiques sexuelles et de consommation de substances avec les usagers, et les stratégies qu'ils utilisent pour les surmonter (ou lancez en groupe des idées de solutions). Exemples de difficultés :
 - discuter de consentement sexuel avec les usagers de manière sûre et respectueuse;
 - malaise à la suite de la révélation par une usagère ou un utilisateur d'un traumatisme sexuel ou de violence sexuelle;
 - capacité d'assurer un suivi lorsqu'une usagère ou un utilisateur révèle avoir eu un contact sexuel non désiré ou avoir agressé une autre personne;
 - offrir des consultations avant et après un test de dépistage à des usagers qui sont souvent soumis à des tests de dépistage d'ITSS;
 - traiter avec des usagers victimes de stigmatisation intériorisée ou perçue qui ne sont pas à l'aise de discuter de leurs pratiques sexuelles et de consommation de substances ou qui ne souhaitent pas le faire.

POINTS DE DISCUSSION

- Utilisez des approches de sexualité positive et de réduction des méfaits et reconnaissez que les usagers peuvent s'adonner à différentes pratiques sexuelles et de consommation de substances pour de nombreuses raisons, y compris le plaisir, leurs connaissances et l'information disponible en matière de santé, leur besoin d'intimité, des facteurs sociaux et structurels plus importants comme la stigmatisation et la discrimination, etc.

NOTEZ qu'il peut être difficile pour certaines personnes de se faire questionner sur leurs pratiques sexuelles et de consommation de substances passées; utilisez une approche de soins sensible aux traumatismes et à la violence.

- Il est peu probable que toutes les questions soient pertinentes pour toutes les interactions avec des usagers. Certaines questions conviendront uniquement après avoir établi un lien avec l'usagère ou l'utilisateur. Il faut faire preuve de jugement et être à l'écoute de la personne (langage corporel, réponses verbales, p. ex.).

EXEMPLE DE DIALOGUE :

« Je vais maintenant vous poser des questions plus précises au sujet des relations sexuelles que vous avez eues et de vos pratiques en matière de consommation de substances. »

« Quels types de relations sexuelles avez-vous (ou avez-vous déjà eues dans le passé)? »

- a. vaginales (pénétration du vagin)
- b. anales (pénétration de l'anus)
- c. orales (bouche sur le pénis, le vagin ou l'anus)
- d. stimulation manuelle du pénis, du vagin, de l'anus

« Consommez-vous maintenant ou avez-vous déjà consommé l'une des substances suivantes? »

- e. tabac
- f. alcool
- g. marijuana
- h. médicaments sur ordonnance à des fins non médicales
- i. drogues illicites (héroïne, cocaïne, ecstasy, etc.)



DIAPOSITIVE 22 : DISCUTER DE SANTÉ SEXUELLE, DE CONSOMMATION DE SUBSTANCES ET D'ITSS : GUIDE À L'INTENTION DES DISPENSATEURS DE SERVICES

OBJECTIF : Discuter des principaux points de la deuxième catégorie, les partenaires.

DOCUMENTS : Cahier de participation (page 12), exemplaires du document [Discuter de santé sexuelle, de consommation de substances et d'ITSS : Guide à l'intention des dispensateurs de services](#) (cette ressource est inscrite dans la liste des ressources supplémentaires de l'annexe H)

Partenaires



Obtenez de l'information sur les partenaires sexuels et de consommation de substances de l'usager ou de l'usagère pour ajouter à votre discussion des stratégies de réduction de la transmission des ITSS.

« Avec combien de personnes différentes avez-vous eu des relations sexuelles au cours des deux derniers mois? Au cours de la dernière année? »
07-1-27-3-107 Plus de 107

N.B. : Une question sur le nombre de partenaires sexuels peut être interprétée comme étant non pertinente ou indiscret. Ne posez ce genre de questions que si elles sont nécessaires (p. ex., pour le dépistage d'ITSS ou la notification des partenaires).

« Avec qui consommez-vous des substances en règle générale? Comment consommez-vous ensemble d'habitude? »

ÉTAPES/POINTS DE DISCUSSION :

1. Il est bon que la dispensatrice ou le dispensateur de services se renseigne sur les partenaires sexuels et de consommation de substances d'une usagère ou d'un usager pour mieux orienter la discussion sur les stratégies de réduction des méfaits.

2. Demandez aux participants quel langage ils utilisent pour se renseigner sur les partenaires sexuels et de consommation de substances des usagers. Rappelez aux participants qu'il faut utiliser un langage respectueux de la diversité sexuelle et de genre (p. ex., utiliser le terme partenaire plutôt que mari/femme/petit ami/petite amie; s'abstenir de faire des suppositions concernant la physiologie d'une personne, son identité de genre, son orientation sexuelle, etc., en se fondant sur son apparence). Les personnes ayant déjà été victimes de stigmatisation dans un établissement de santé ou de services sociaux, de même que celles qui s'identifient à des groupes traditionnellement marginalisés, peuvent être hypersensibles au langage.
3. Si le temps le permet, demandez aux participants quelles sont les difficultés qu'ils rencontrent (le cas échéant) lorsqu'ils parlent aux usagers de leurs partenaires, et les stratégies qu'ils utilisent pour les surmonter (ou lancez en groupe des idées de solutions). Exemples de difficultés :
 - discuter de consentement sexuel avec les usagers;
 - discuter de la criminalisation du non-dévoilement de la séropositivité VIH;
 - les formulaires d'antécédents de santé sexuelle et de consommation de substances qui posent diverses questions non pertinentes pour les soins dont les usagers ont besoin.

POINTS DE DISCUSSION

Dans la mesure du possible, posez des questions ouvertes. Selon la nature de la visite et du lien que vous entretenez avec l'usagère ou l'usager, vous pourriez devoir poser quelques questions fermées. Lorsque vous posez des questions ouvertes, dites à la personne que ces questions sont posées à tout le monde et expliquez pourquoi (p. ex., pour déterminer les sites d'échantillonnage de dépistage d'ITSS, pour faciliter le retraçage des contacts, etc.). Rappelez-lui qu'elle n'est pas tenue de répondre aux questions qui la mettent mal à l'aise.

EXEMPLE DE DIALOGUE :

« Combien de partenaires sexuels différents avez-vous eus au cours des deux derniers mois? de la dernière année? »

0? 1-2? 3-10? Plus de 10?

NOTA : Le fait d'interroger les usagers sur le nombre de partenaires sexuels qu'ils ont eus peut être interprété comme étant soit sans importance, soit indiscret. De telles questions ne doivent être posées qu'en cas de nécessité (dans le cadre du dépistage d'ITSS ou du retraçage de contacts, p. ex.). Vous pourriez également demander à la personne devant vous si elle a eu des relations sexuelles avec plusieurs personnes.

« Vous renseignez-vous sur les antécédents d'ITS ou de santé sexuelle de vos partenaires sexuels? »

« Avec qui consommez-vous normalement? Quelles sont vos habitudes de consommation avec ces personnes? »

DIAPOSITIVE 23 : DISCUTER DE SANTÉ SEXUELLE, DE CONSOMMATION DE SUBSTANCES ET D'ITSS : GUIDE À L'INTENTION DES DISPENSATEURS DE SERVICES

OBJECTIF : Discuter des principaux points de la troisième catégorie, la protection contre les ITSS.

DOCUMENTS : Cahier de participation (page 12), exemplaires du document [Discuter de santé sexuelle, de consommation de substances et d'ITSS : Guide à l'intention des dispensateurs de services](#) (cette ressource est inscrite dans la liste des ressources supplémentaires de l'annexe H)

Protection contre les ITSS

Déterminez quelles stratégies l'usager ou l'usagère utilise, le cas échéant, pour limiter la transmission des ITSS. Vous serez mieux en mesure d'évaluer ses difficultés, d'offrir le soutien qui convient et de le/la réorienter comme il se doit.

« Pouvez-vous me dire ce que vous savez sur les façons de vous protéger et de protéger vos partenaires contre les ITSS? »

« Avez-vous des préoccupations sur l'utilisation de barrières (p. ex. leur coût, vos partenaires ne veulent pas les utiliser, ne savent pas comment les utiliser, etc.)? »



ÉTAPES/POINTS DE DISCUSSION :

1. La troisième catégorie permet aux dispensateurs de services de répertorier les stratégies de réduction des méfaits (le cas échéant) qu'utilise actuellement l'usagère ou l'usager, et d'en proposer d'autres qui pourraient lui convenir.
2. Demandez aux participants de quelle façon ils questionnent leurs usagers sur les moyens qu'ils utilisent pour se protéger contre les ITSS. Rappelez aux participants qu'ils devraient parler de réduction des méfaits avec tous les usagers et que toute stratégie qu'ils leur proposent à cet égard doit être adaptée à leurs besoins.
3. Si le temps le permet, demandez aux participants quelles sont les difficultés qu'ils rencontrent (le cas échéant) lorsqu'ils parlent aux usagers de protection contre les ITSS, et les stratégies qu'ils utilisent pour les surmonter (ou lancez en groupe des idées de solutions). Exemples de difficultés ou de solutions :
 - les formulaires d'antécédents de santé sexuelle et de consommation de substances qui posent diverses questions non pertinentes pour les soins dont les usagers ont besoin;
 - s'assurer que les stratégies de réduction des méfaits soient adaptées aux besoins de l'usagère ou de l'usager;
 - s'assurer d'avoir accès à des méthodes de barrière peu coûteuses pour les contacts sexuels ainsi qu'à des accessoires de réduction des méfaits (condoms, digues dentaires, matériel d'inhalation sûr, matériel d'injection stérile, p. ex.) lorsque les services de soutien communautaire sont rares;

- travailler avec des usagers qui ne veulent pas adopter de stratégies de réduction des méfaits parce qu'ils sont victimes de stigmatisation intériorisée, qu'ils ont une faible estime de soi, etc.;
- aider des usagers qui sont incapables de négocier des méthodes de réduction des méfaits avec leurs partenaires en raison d'un déséquilibre des pouvoirs dans les relations ou par crainte de représailles ou de violence.

POINTS DE DISCUSSION

Le fait de demander aux usagers ce qu'ils savent au sujet de la protection contre les ITSS peut être une bonne façon d'amorcer la conversation. Posez des questions ouvertes. Selon les réponses, vous verrez dans quelle direction orienter le dialogue et quelles informations donner à l'usagère ou à l'utilisateur sur la réduction des méfaits.

Rappelez aux participants de reconnaître les nombreux facteurs qui influent sur la volonté et la capacité d'une usagère ou d'un utilisateur d'adopter (ou non) des stratégies de réduction des méfaits.

NOTA : Nous incitons vivement les animateurs à passer en revue les [Facteurs influençant la vulnérabilité](#) avant d'animer cette séance.

EXEMPLE DE DIALOGUE :

Pouvez-vous me dire ce que vous savez au sujet des méthodes pour vous protéger et pour protéger vos partenaires contre les ITSS?

Vous-même ou votre (ou vos) partenaire(s), régulier(s) et occasionnel(s), utilisez-vous des barrières (soit des condoms, des digues dentaires ou des condoms taillés/des gants) lors de vos relations sexuelles? Quand les utilisez-vous (chaque fois, parfois, jamais) et pour quels types de relations sexuelles (vaginales, orales, anales)?

Avez-vous des problèmes avec l'utilisation de ces barrières (p. ex., leur coût, vos partenaires ne veulent pas les utiliser, vous ne savez pas comment les utiliser, etc.)?

NOTA : Au besoin, démontrez à l'usagère ou à l'utilisateur comment bien utiliser les différentes barrières et s'en débarrasser.

Quelles questions (le cas échéant) vous posez-vous au sujet des différentes barrières?

Savez-vous où vous procurer des méthodes de barrière à peu de frais ou gratuitement dans votre communauté?

Avez-vous été vacciné(e) contre le VPH? l'hépatite A? l'hépatite B?

Y a-t-il d'autres méthodes que vous utilisez pour vous protéger contre les ITSS (p. ex., vous utilisez du matériel d'injection stérile, vous ne partagez pas le matériel de consommation, vous ne consommez pas lorsque vous êtes seul(e), vous prenez régulièrement vos médicaments antirétroviraux)?



DIAPOSITIVE 24 : DISCUTER DE SANTÉ SEXUELLE, DE CONSOMMATION DE SUBSTANCES ET D'ITSS : GUIDE À L'INTENTION DES DISPENSATEURS DE SERVICES

OBJECTIF : Discuter des principaux points de la quatrième catégorie, les antécédents d'ITSS.

DOCUMENTS : Cahier de participation (page 12), exemplaires du document [Discuter de santé sexuelle, de consommation de substances et d'ITSS : Guide à l'intention des dispensateurs de services](#) (cette ressource est inscrite dans la liste des ressources supplémentaires de l'annexe H)

Antécédents d'ITSS

En vous renseignant sur les antécédents d'ITSS de l'usager ou de l'usagère, vous ouvrez la porte à une discussion sur l'importance du dépistage systématique des ITSS et des autres ITSS non incluses dans le test (p. ex., l'herpès, les verrues).

« Avez-vous déjà subi un test de dépistage du VIH ou d'autres ITSS? »

« Avez-vous des signes ou des symptômes qui vous inquiètent – des masses, des bosses, des écoulements ou des douleurs? »



ÉTAPES/POINTS DE DISCUSSION :

1. Le fait de discuter des antécédents d'une usagère ou d'un usager en matière d'ITSS est une excellente façon d'aborder le dépistage systématique d'ITSS, de même que les ITSS qui ne sont pas visées par les tests de dépistage.
2. Demandez aux participants s'ils ont l'habitude de discuter des antécédents d'ITSS avec leurs usagers et, le cas échéant, quelles sont les questions qu'ils leur posent.
3. Si le temps le permet, demandez aux participants quelles sont les difficultés qu'ils rencontrent (le cas échéant) lorsqu'ils discutent avec les usagers de leurs antécédents d'ITSS, et les stratégies qu'ils utilisent pour les surmonter (ou lancez en groupe des idées de solutions). Exemples de difficultés :
 - discuter des limites potentielles de la confidentialité (p. ex., le dévoilement aux partenaires, les exigences de déclaration des ITSS);
 - donner le résultat positif d'un test de dépistage d'ITSS;
 - discuter de sexualité après que l'usagère ou l'usager a reçu un résultat positif (p. ex., comment la personne dira à ses partenaires sexuels qu'elle a contracté l'herpès).

POINTS DE DISCUSSION

- Lors des conversations sur les symptômes, il convient d'insister sur le fait que plusieurs ITSS sont asymptomatiques et que les tests de dépistage systématiques sont des mesures importantes pour préserver la santé globale de l'usagère ou de l'usager.

- Lorsque vous discutez de dépistage des ITSS, soyez très clair avec la personne au sujet des ITSS qui feront (ou non) l'objet de tests. Dites-lui clairement ce à quoi elle doit s'attendre si elle décide de subir le test. Soyez prêt(e) à discuter de la divulgation aux partenaires et des options de traitement, ainsi que des services de soutien disponibles dans la communauté en cas de résultat positif.
- Si l'usagère ou l'utilisateur mentionne avoir déjà reçu un diagnostic d'ITSS, normalisez son expérience et donnez-lui de l'information sans porter de jugement. Certaines ITSS, comme l'herpès, bien que courantes, sont très stigmatisées.

EXEMPLE DE DIALOGUE :

- **Avez-vous déjà subi un test Pap (ou frottis cervico-vaginal) ou un examen pelvien?**
Si oui, à quand remonte votre dernier test Pap? Savez-vous si vous avez subi un test de dépistage du VPH?
- **Avez-vous déjà eu une ITSS?**
Si oui, quand? Vous a-t-on traité(e)? Savez-vous comment on vous a traité(e)? Avez-vous subi un autre test à la fin de votre traitement? Avez-vous des problèmes chroniques ou des inquiétudes?
- **Savez-vous si votre (ou vos) partenaire(s) actuel(s) et passé(s) a (ont) déjà eu une ITSS?**
Si oui, avez-vous subi un test de dépistage? Vous a-t-on traité(e)? Savez-vous comment on vous a traité(e)? Avez-vous subi un autre test à la fin de votre traitement?
- **Avez-vous des signes ou des symptômes qui vous inquiètent – des grosseurs, des bosses, un écoulement, de la douleur?**
- **Aimeriez-vous subir un test de dépistage?**
- **(Si oui) : Avez-vous des questions avant que nous procédions au dépistage?**

DIAPOSITIVE 25 : DISCUTER DE SANTÉ SEXUELLE, DE CONSOMMATION DE SUBSTANCES ET D'ITSS : GUIDE À L'INTENTION DES DISPENSATEURS DE SERVICES

OBJECTIF : Discuter des principaux points de la cinquième et dernière catégorie, la grossesse.

DOCUMENTS : Cahier de participation (page 12), exemplaires du document [Discuter de santé sexuelle, de consommation de substances et d'ITSS : Guide à l'intention des dispensateurs de services](#) (cette ressource est inscrite dans la liste des ressources supplémentaires de l'annexe H)

Grossesse

Abordez les options de grossesse avec les usagères qui souhaitent devenir enceintes maintenant ou plus tard, avec celles qui ne veulent pas devenir enceintes et avec celles qui sont enceintes et qui veulent discuter de leurs options. Abordez aussi la grossesse avec les personnes dont les partenaires sexuels ou romantiques sont enceintes, pourraient le devenir ou ne veulent pas le devenir.

« Êtes-vous enceinte actuellement? »

« Êtes-vous enceinte maintenant ou plus tard? Êtes-vous enceinte et souhaitez-vous continuer à l'être? Êtes-vous enceinte et souhaitez-vous arrêter de l'être? Êtes-vous enceinte et souhaitez-vous arrêter de l'être plus tard? »



ÉTAPES/POINTS DE DISCUSSION :

1. Demandez aux participants s'ils parlent habituellement de grossesse à toutes les usagères. Les participants peuvent dire qu'ils le font en général, mais qu'ils en parlent surtout aux femmes qu'ils croient susceptibles d'être enceintes (c.-à-d. les femmes hétérosexuelles et cisgenres). En fait, toutes les femmes, quelle que soit leur physiologie ou leur orientation sexuelle, peuvent envisager la grossesse ou adopter des comportements pouvant aboutir à une grossesse.
2. Demandez aux participants de dire au groupe comment ils abordent habituellement la question de la grossesse avec leurs usagères.
3. Si le temps le permet, demandez aux participants quelles sont les difficultés qu'ils rencontrent (le cas échéant) lorsqu'ils discutent de grossesse avec les usagères, et les stratégies qu'ils utilisent pour les surmonter (ou lancez en groupe des idées de solutions). Exemples de difficultés :
 - discuter de grossesse avec toutes les usagères, sans égard à leur orientation sexuelle ou à leur identité de genre, de manière sûre et respectueuse;
 - diriger les usagères vers d'autres organismes pour un soutien complémentaire lié à leur grossesse.

POINTS DE DISCUSSION

- Discutez de grossesse avec celles qui désirent devenir enceintes, maintenant ou plus tard, avec celles qui ne le désirent pas et avec celles qui le sont déjà et qui veulent discuter des options qui s'offrent à elles. Discutez-en également avec les personnes dont la partenaire sexuelle est enceinte, désire devenir enceinte ou ne le désire pas.
- Réfléchissez aux questions que vous devriez poser aux usagers qui s'identifient comme étant trans ou de diverses identités de genre. Ne faites pas de suppositions sur la physiologie d'une personne en fonction de son identité ou de son expression de genre, et ne formulez jamais d'hypothèses sur le désir ni sur la capacité d'une personne de devenir enceinte.

EXEMPLE DE DIALOGUE :

Êtes-vous enceinte?

NOTA : Selon les besoins de l'usagère, soyez disposé(e) à discuter des différentes options en cas de grossesse non désirée ou à l'orienter vers des soins prénatals.

Avec votre partenaire sentimental(e) ou sexuel(le), essayez-vous de devenir enceinte? Avec votre partenaire sentimental(e) ou sexuel(le), planifiez-vous une grossesse?

NOTA : Soyez prêt(e) à discuter de différents moyens contraceptifs.

DIAPOSITIVE 26 : DISCUTER DE SANTÉ SEXUELLE, DE CONSOMMATION DE SUBSTANCES ET D'ITSS : GUIDE À L'INTENTION DES DISPENSATEURS DE SERVICES

OBJECTIF : Discuter de la dernière étape du guide de discussion : la récapitulation de la discussion.

DOCUMENTS : Cahier de participation (page 12), exemplaires du document [Discuter de santé sexuelle, de consommation de substances et d'ITSS : Guide à l'intention des dispensateurs de services](#) (cette ressource est inscrite dans la liste des ressources supplémentaires de l'annexe H)

Conclusion de la discussion

Remerciez la personne d'avoir été ouverte et franche avec vous. Invitez-la à revenir et demandez-lui si elle a d'autres informations ou d'autres préoccupations dont elle n'était pas prête à discuter plus tôt. Avant de clore la discussion, donnez-lui des ressources appropriées et réorientez-la vers des services pertinents, selon le contenu de la discussion.



ÉTAPES/POINTS DE DISCUSSION :

1. Dites aux participants qu'à la fin de toute discussion ou séance de consultation sur les ITSS, la sexualité ou la consommation de substances, il est important que les dispensateurs de services remercient sincèrement leurs usagers pour leur franchise. Au moment de récapituler la discussion, confirmez et reconnaissez les forces de l'usagère ou de l'utilisateur et permettez-lui de poser des questions.
2. Demandez aux participants de dire au groupe s'ils questionnent les usagers au sujet des facteurs qui influent sur leur vulnérabilité aux ITSS, et comment ils le font. Par exemple, les questionnent-ils sur le logement ou sur l'accès aux services de soutien?
3. Si le temps le permet, demandez aux participants quelles sont les difficultés qu'ils rencontrent (le cas échéant) lorsqu'ils récapitulent une discussion sur la santé sexuelle, la consommation de substances et les ITSS avec les usagers, et les stratégies qu'ils utilisent pour les surmonter (ou lancez en groupe des idées de solutions). Exemples de difficultés :
 - le manque de temps pour aborder les facteurs qui influent sur la vulnérabilité aux ITSS et les déterminants sociaux de la santé;
 - orienter les usagers vers d'autres organismes pour un soutien supplémentaire (p. ex., en raison d'un accès limité à d'autres services ou de la difficulté de trouver des services qui répondent aux besoins des usagers).

POINTS DE DISCUSSION

Remerciez les usagers d'être venus vous parler. Reconnaissez qu'il peut être difficile de parler ouvertement de sexualité et de consommation de substances, et mentionnez le courage qu'il leur a fallu pour se présenter à vous.

EXEMPLE DE DIALOGUE :

« Y a-t-il autre chose qui a un impact sur votre santé et votre bien-être et dont vous aimeriez parler ? »

« Y a-t-il une chose dont nous avons parlé plus tôt sur laquelle vous aimeriez revenir? »

« Y a-t-il d'autres questions que vous aimeriez me poser? »

DIAPOSITIVE 27 : ACTIVITÉ - SCÉNARIOS DE PRATIQUE

OBJECTIF : S'exercer au moyen du document Discuter de santé sexuelle, de consommation de substances et d'ITSS : Guide à l'intention des dispensateurs de services.

DOCUMENTS : Cahier de participation (page 12), Scénarios de pratique (annexe D) et exemplaires du document [Discuter de santé sexuelle, de consommation de substances et d'ITSS : Guide à l'intention des dispensateurs de services](#) (cette ressource est inscrite dans la liste des ressources supplémentaires de l'annexe H)

Activité : Scénario de cas

Veillez vous asseoir en groupes de deux ou trois. Vous recevrez un exemple de cas. Une personne sera l'utilisateur ou l'utilisatrice, une autre le dispensateur ou la dispensatrice de services, et la troisième observera.

L'utilisateur ou l'utilisatrice recevra un script contenant l'information pertinente. Le dispensateur ou la dispensatrice de services utilisera le guide de discussion pour l'aider à engager la conversation avec l'utilisateur ou l'utilisatrice. L'observateur ou l'observatrice prendra des notes sur ce qui aura bien fonctionné.

Nous avons plusieurs exemples de cas; vous allez donc jouer différents rôles.



ÉTAPES/POINTS DE DISCUSSION :

1. Demandez aux participants de se répartir en groupes de trois pour une activité de jeu de rôle. Dites-leur qu'ils recevront un scénario de pratique clinique ou de pratique non clinique. Il est préférable que les participants se regroupent en fonction de leur profession, étant donné que chaque groupe devra choisir la version qui correspond le mieux au rôle professionnel de chacun.
2. Dans chaque groupe, une personne jouera le rôle de la dispensatrice ou du dispensateur de services, une autre sera l'utilisatrice ou l'utilisateur, et la troisième personne agira à titre de secrétaire et prendra des notes. Comme il y a trois scénarios de pratique, chaque membre jouera chacun des rôles.
3. Remettez le scénario de la dispensatrice ou du dispensateur de services à la personne qui joue ce rôle, et le scénario de l'utilisatrice ou de l'utilisateur à la personne qui joue ce rôle. Demandez aux participants de lire uniquement le scénario qui correspond à leur rôle.
4. Dites aux participants que la dispensatrice ou le dispensateur de services ne reçoit qu'une petite partie du vécu de l'utilisatrice ou de l'utilisateur. L'utilisatrice ou l'utilisateur se voit remettre

un scénario distinct. Dites à la dispensatrice ou au dispensateur de services d'utiliser le document Discuter de santé sexuelle, de consommation de substances et d'ITSS : Guide à l'intention des dispensateurs de services et d'aborder les cinq catégories avec l'usagère ou l'utilisateur. Dites à l'usagère ou à l'utilisateur de suivre les instructions contenues dans le scénario de pratique pour orienter ses réponses.

5. Demandez au ou à la secrétaire de noter ce qui fonctionne bien pendant l'interaction (p. ex., les questions dénuées de jugement, les énoncés de confirmation, etc.). **Le ou la secrétaire ne doit pas formuler de commentaires négatifs aux participants qui jouent les rôles de dispensatrice ou de dispensateur de services et d'usagère ou d'utilisateur.**
6. Rappelez aux participants les stratégies qui contribuent à créer des lieux sûrs, l'importance d'un langage clair et simple, le rôle du langage corporel et la nécessité d'aborder la notion de confidentialité. Les participants peuvent aussi devoir définir des termes comme ITSS ou activité sexuelle.
7. Donnez à chaque groupe entre 10 et 15 minutes pour jouer le premier scénario.
8. Réunissez ensuite tous les groupes pour le compte rendu.
 - a. Demandez aux dispensateurs de services ce qu'ils ont ressenti en utilisant le guide de discussion.
 - b. Ont-ils été surpris par certaines réponses des utilisateurs?
 - c. Demandez aux utilisateurs ce qu'ils ont ressenti en jouant leur rôle.
 - d. Demandez aux secrétaires de partager ce qu'ils ont noté pendant l'activité. Qu'est-ce qui a bien fonctionné pendant l'interaction?
 - e. Encouragez les participants à partager leurs propres stratégies pour discuter d'ITSS, de sexualité et de consommation de substances.
9. Répétez les étapes 1 à 8 pour les deux autres scénarios.

NOTA : Les points de discussion de chaque scénario font l'objet de l'annexe D.



MODULE 4: CONCLUSION

DIAPOSITIVE 28 : DISCUSSION SUR LA SANTÉ SEXUELLE, LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES ET LES ITSS - PLAN D'ACTION

OBJECTIF : Faire un compte rendu et dresser des plans concrets pour l'avenir.

DOCUMENTS : s.o.

Comment discuter de santé sexuelle, de consommation de substances et d'ITSS : Plan d'action

Passons en revue les stratégies que nous avons créées en début d'atelier. Quelles sont nos prochaines étapes et nos plans d'action?



ÉTAPES/POINTS DE DISCUSSION :

1. Terminez l'atelier sur une note positive. Remerciez les participants pour tous leurs commentaires et dites ce que le groupe vous a appris.
2. Si le temps le permet, demandez à chaque personne de partager une chose qu'elle a apprise pendant l'atelier. S'il s'agit d'un grand groupe ou si le groupe est silencieux, demandez à quelques volontaires les principales leçons apprises ou ce qu'ils ont l'intention de faire différemment à l'avenir ou de partager avec leurs collègues.

DIAPOSITIVE 29 : CONCLUSION

OBJECTIF : Partager des réflexions, des commentaires et des questions.

DOCUMENTS : Questionnaire post-atelier (annex E)

Merci de votre participation!

Avez-vous des questions ou des commentaires?

Veillez remplir une évaluation. Vos commentaires sont très importants pour nous et resteront confidentiels.



ÉTAPES/POINTS DE DISCUSSION :

1. Rappelez aux participants qu'ils ont accès à des ressources supplémentaires comme le document de discussion [Discuter de santé sexuelle, de consommation de substances et d'ITSS : Guide à l'intention des dispensateurs de services](#), [l'Outil d'auto-évaluation sur les ITSS et la stigmatisation](#) ou [l'Outil d'évaluation organisationnelle sur la stigmatisation associée aux ITSS](#). Renvoyez les participants à la liste des ressources supplémentaires de leur cahier à la page 18.
2. Dans certaines communautés, cet atelier peut susciter une future action concertée parmi les participants de différentes organisations. Si le groupe a envie de continuer à travailler ensemble à la mise en œuvre de stratégies abordées dans l'atelier, planifiez dès maintenant les mesures à prendre et les prochaines étapes. Si le temps le permet, donnez aux participants plusieurs minutes pour établir des liens avec ceux avec qui ils souhaitent s'associer pour stimuler le changement social.
3. Enfin, veillez à ce que tous les participants remplissent le questionnaire post-atelier. Rappelez-leur que les commentaires sont anonymes, confidentiels et importants.



RÉFÉRENCES

Agence de la santé publique du Canada, *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*, 2006. Consulté le 2 mars 2015 : <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/index-fra.php>

Association canadienne de santé publique, *Compétences essentielles à la prévention des ITSS*, 2014. Consulté le 6 mai 2014 : <https://www.cpha.ca/fr/competences-essentielles-la-prevention-des-itss>

Association canadienne de santé publique, *Facteurs influençant la vulnérabilité au VIH et aux autres ITSS*, s.d. Consulté le 6 mai 2014 : <https://www.cpha.ca/fr/facteurs-influençant-la-vulnerabilite-aux-infections>

Association canadienne de santé publique, « *Improving STBBI prevention and reducing associated stigma and discrimination: Analysis of environmental scan and key informant interview findings* », document interne non publié, Ottawa, Association canadienne de santé publique, 2014.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, *Établissement d'un dialogue avec les clients qui utilisent des substances*, 2015. Consulté le 15 août 2016 : <http://rnao.ca/bpg/language/%C3%A9tablissement-dun-dialogue-avec-les-clients-qui-utilisent-des-substances>

J.R. Baker, D. Arnold-Reed, T. Brett, D.A. Hince, I. O'Ferrall et M.K. Bulsara, « Perceptions of barriers to discussing and testing for sexually transmitted infections in a convenience sample of general practice patients », *Australian Journal of Primary Health*, vol. 1, n° 2 (2013), p. 98-101.

M. Balfe, R. Brugha, D. O'Donovan, E. O'Connell et D.Vaughn, « Young women's decisions to accept chlamydia screening: Influences of stigma and doctor-patient interactions », *BMC Public Health*, vol. 10 (2010), p. 425.

S. Baral, C.H. Logie, A. Grosso, A.L. Wirtz et C.Beyrer, « Modified social ecological model: A tool to guide the assessment of the risks and risk contexts of HIV epidemics », *BMC Public Health*, vol 13, n° 482 (2013).

B.L. Beagan, E. Fredericks et L. Goldberg, « Nurses' work with LGBTQ patients: "They're just like everybody else, so what's the difference?" », *Canadian Journal of Nursing Research*, vol. 44, n° 3 (2012), p. 44-63.

B.O. Boekeloo, « Will you ask? Will they tell you? Are you ready to hear and respond?: Barriers to physician-adolescent discussion about sexuality », *JAMA pediatrics*, vol. 168, n° 2 (2014), p. 111-113.

College of Registered Nurses of British Columbia, « *STI assessment* », 2015. Consulté le 2 mars 2015: <https://www.crnbc.ca/Standards/CertifiedPractice/Documents/ReproductiveHealth/719STIAssessmentDST.pdf>.

P.W. Corrigan, F.E. Markowitz et A.C. Watson, « Structural levels of mental illness stigma and discrimination », *Schizophrenia Bulletin*, vol. 30, n° 3 (2004), p. 481-491.

B. Daley, « *Aligning health promotion and adult education for healthier communities* », dans S. Merriam, B. Courteney et R. Cervero (éd.), « *Global issues and adult education: Perspectives from Latin America, Southern Africa, and the United States* », San Francisco, Jossey-Bass, 2006.

E. Dyke, « Scan on talking about sexuality/substance use and taking a sexual health and substance use history », document interne non publié, Ottawa: Association canadienne de santé publique, 2014.

J.L. Elias et S.B. Merriam, « *Philosophical foundations of adult education (3e édition)* », Huntington, New York, R.E. Krieger Pub, 2004.

J.V. Ford, R. Barnes, A. Rompalo et E. Hook, « Sexual health training and education in the U.S. », *Public Health Reports*, vol. 128, suppl. 1 (2013), p. 96-101.

D.J. Fortenberry, M. McFarlane, A. Bleakley, S. Bull, M. Fishbein, Grimley D.M. et coll., « Relationships of stigma and shame to gonorrhea and HIV screening », *Am J Public Health*, vol. 92, n° 3 (2002), p. 378-81.

K. French, « How to improve your sexual health history-taking skills », *Practice Nurse*, vol. 4, n° 2 (2010), p. 27-30.

M. Gagnon, « *Rethinking HIV-related stigma in health care settings: A research brief* », Ottawa, Ontario, 2014. Consulté le 15 janvier 2015 : http://www.cocqsida.com/assets/files/Research-Brief_RethinkingHIV-17juillet2014.pdf

S.M. Goldenberg, A. Krüsi, E. Zhang, J. Chettiar et K. Shannon, « Structural determinants of health among im/migrants in the indoor sex industry: Experiences of workers and managers/owners in metropolitan Vancouver », *PLoS One*, vol. 12 n° 1 (2017).

J. Hughes et J. Mighty, « *Taking stock: Research on teaching and learning in higher education* », Kingston, Ontario, School of Policy Studies, Queen's University, McGill-Queen's University Press, 2010.

J. Johnson-Bailey, « *Adult education for community empowerment: Toward the possibility of another world* » dans S. Merriam, B. Courteney et R. Cervero (éd.), « *Global issues and adult education: Perspectives from Latin America, Southern Africa, and the United States* », San Francisco, Jossey-Bass, 2006.

A. Kitchenham, « The evolution of John Mezirow's transformative learning theory », *Journal of Transformative Education*, vol. 6, no 2 (2008) p.104-123

JJ. Kinsler, M.D. Wong, J.N. Sayles, C. Davis et W.E. Cunningham, « The effect of perceived stigma from a health care provider on access to care among a low-income HIV-positive population », *AIDS Patient Care STDs*, vol. 21, n° 8 (2007), p. 84-92.

R.E. Knight, J.A. Shoveller, A.M. Carson et J. Contreras-Whitney, « Examining clinicians' experiences providing sexual health services for LGBTQ youth: considering social and structural determinants of health in clinical practice », *Health education research*, vol. 29, n° 4 (2014), p. 662-670.

L. Lazarus L, K.N. Deering, R. Nabess, K. Gibson, M.W. Tyndall et K. Shannon, « Occupational stigma as a primary barrier to health care for street-based sex workers in Canada », *Cult Health Sex*, vol. 14, n° 2 (2012), p. 39-150.

B.G. Link et J.C. Phelan, « Conceptualizing stigma », *Annu Rev Sociol*, vol. 27 (2001), p. 363-385.

C.H. Logie, L. James L, W. Tharao et M.R. Loutfy, « HIV, gender, race, sexual orientation, and sex work: A qualitative study of intersectional stigma experienced by HIV-positive women in Ontario, Canada », *PLoS Med*, vol. 8, n° 11 (2011).

C.H. Logie, L. James L, W. Tharao et M.R. Loutfy, « "We don't exist": A qualitative study of marginalization experienced by HIV-positive lesbian, bisexual, queer and transgender women in Toronto, Canada », *J Int AIDS Soc*, vol. 15, n° 2 (2012).

- M.R. Loutfy, C.H. Logie, Y. Zhang, S.L. Blitz, S.L. Margolese, W.E. Tharao WE, et coll., « Gender and ethnicity differences in HIV-related stigma experienced by people living with HIV in Ontario, Canada », *PLoS ONE*, vol. 7, n° 12 (2012).
- D. MacKeracher, « *Making sense of adult learning (2e édition)* », Toronto, Ontario, University of Toronto Press, 2004.
- C.A. Maes et M. Louis M, « Nurse practitioners' sexual history-taking practices with adults 50 and older », *Journal for Nurse Practitioners*, vol. 7, n° 3 (2011), p. 216-222.
- A.P. Mahajan, J.N. Sayles, V.A. Patel, R.H. Remien, D. Ortiz D, G. Szekeres G, et coll., « Stigma in the HIV/AIDS epidemic: A review of the literature and recommendations for the way forward », *AIDS*, vol. 22, suppl. 2 (2008), s67-s79.
- C.L. Masaro, J. Johnson, C. Chabot et J. Shoveller, « STI service delivery in British Columbia, Canada; providers' views of their services to youth », *BMC Health Serv Res*, vol. 12, n° 240 (2012).
- J. Mezirow, « Transformative learning: Theory to practice », *New Directions for Adult Continuing Education*, vol. 74 (1997), p. 5-12.
- J. Mill, N. Edwards, R. Jackson, W. Austin, L. MacLean et F. Reintjes, « Accessing health services while living with HIV: Intersections of stigma. *Canadian Journal of Nursing Research* », vol 41, n° 3 (2009), p. 168-185.
- A. Morris et D. Faulk, « Perspective transformation: Enhancing the development of professionalism in RN-BSN students », *Journal of Nursing Education*, vol. 46, n° 10 (2007), p. 445-451.
- P. Nemeč, « Transformative learning », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, vol. 35, n° 6 (2012), p. 478-479.
- L. Nyblade, A.L. Stangl, E. Weiss E et K. Ashburn, « Combating HIV stigma in health care settings: What works? », *Journal of International AIDS Society*, vol. 12, n° 15(2009), p. 1-7.
- S. Patten, « *Local site report: Halifax community consultations on determinants impacting vulnerability to HIV and other STBBIs (unpublished internal document)* », document interne non publié, Ottawa, Association canadienne de santé publique, 2013.
- K.A. Ports, J.L. Barnack-Tavlaris, M.L. Syme, R.A. Perera et J.E. Lafata, « Sexual health discussions with older adult patients during periodic health exams », *The Journal of Sexual Medicine*, vol. 11, n° 4 (2014), p. 901-908.
- Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA). *Guide de terminologie de l'ONUSIDA* (version 2015), Genève (Suisse), ONUSIDA, 2015. Consulté le 7 janvier 2015 : http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_terminology_guidelines_fr.pdf
- Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), *Aide-mémoire : Stigmatisation et discrimination*, 2003. Consulté le 7 janvier 2015 : http://data.unaids.org/publications/Fact-Sheets03/fs_stigma_discrimination_fr.pdf
- M.L. Rusch, J.A. Shoveller, S. Burgess, K. Stancer, D.M. Patrick et M.W. Tyndall, « Preliminary development of a scale to measure stigma relating to sexually transmitted infections among women in a high risk neighbourhood », *BMC Womens Health*, vol.8, n° 21 (2008).
- N.N. Sargent, N. Smallwood et F. Finlay, « Sexual history taking: A dying skill? », *Journal of palliative medicine*, vol. 17, n° 7 (2014), p. 829-831.
- S. Sengupta, B. Banks, D. Jonas, M.S. Miles et G.C. Smith, « HIV interventions to reduce HIV/AIDS stigma: a systematic review », *AIDS Behav*, vol. 15, n° 6 (2011), p. 1075-1087.

A.L. Stangl, 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? », *AIDS Society*, vol. 16, suppl. 2 (2013), p. 18734.

A. Stangl, L. Brady et K. Fritz, « *Measuring HIV stigma and discrimination* », Strive, 2012. Consulté le 7 janvier 2015 : http://strive.lshtm.ac.uk/sites/strive.lshtm.ac.uk/files/STRIVE_stigma%20brief-A3.pdf.

A. Szewchuk, « *Providing appropriate STI care for transgender and gender-diverse clients* », 2014. Consulté le 2 mars 2015 : <http://smartsexresource.com/health-providers/blog/201408/providing-appropriate-sti-care-transgender-and-gender-diverse-clients>.

Trauma-informed practice project team, « *Trauma-informed practice guide* », British Columbia Provincial Mental Health and Substance Use Planning Council, 2013. Consulté le 5 septembre 2015 : http://bccwh.bc.ca/wp-content/uploads/2012/05/2013_TIP-Guide.pdf.

C.M. Varcoe, C.N. Wathen, M. Ford-Gilboe M, V. Smye, A. Browne, « *VEGA briefing note on trauma- and violence-informed care* », VEGA Project and PreVAiL Research Network, 2016. Consulté le 4 novembre 2016 : <http://projectvega.ca/wp-content/uploads/2016/10/VEGA-TVIC-Briefing-Note-2016.pdf>.

C. Waldo, W. McFarland, M. Katz, D. MacKellar D et L. Valleroy, « Very young gay and bisexual men are at risk for HIV infection: the San Francisco Bay Area Young Men's Survey II », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 24, n° 2 (2000), p. 168-174.

A.C. Wagner, T Hart, K. McShane, S. Margolese et T. Girard, « Health care provider attitudes and beliefs about people living with HIV: Initial validation of the Health Care Provider HIV/AIDS Stigma Scale (HPASS) », *AIDS Behav.*, vol. 18, n° 12 (2014), p. 2397-408.



ANNEXE A : EXEMPLES DE PROGRAMMES D'ATELIER

Le contenu de l'atelier peut être présenté dans un format de cinq heures, de trois heures ou d'une heure et demie. Établissez le meilleur format pour votre groupe en fonction de sa taille, de ses besoins d'apprentissage, du temps et des ressources disponibles et préparez-vous en conséquence en suivant les exemples de programmes ci-dessous.

SÉANCE DE CINQ HEURES

Section/diapositive	Durée
Première section : Présentations	37 minutes (excluant les pauses)
Diapositive 1 : Présentation	5 minutes
Diapositive 2 : Contexte	3 minutes
Diapositive 3 : Aperçu de l'atelier	2 minutes
Diapositive 4 : Objectifs d'apprentissage	2 minutes
Diapositive 5 : Nos droits en tant qu'apprenants	10 minutes
Diapositives 6, 7, 8, 9 : Termes clés	15 minutes
Deuxième section : Exploration de la stigmatisation et des facteurs qui y contribuent	76 minutes (excluant les pauses)
Diapositive 10 : Activité - Le langage de la sexualité	20 minutes
Diapositive 11 : Activité - Nommez cette substance	10 minutes
Pause rafraîchissement	10 minutes
Diapositive 12 : Déconstruire la stigmatisation	10 minutes

Section/diapositive	Durée
Diapositive 13 : La stigmatisation définie	6 minutes
Diapositive 14 : Activité - Scénario de cas de stigmatisation	25 minutes
Diapositive 15 : Que pensent les usagers?	5 minutes
Troisième section : Stratégies pour discuter de santé sexuelle, de consommation de substances et d'ITSS et pour réduire la stigmatisation	107 minutes (excluant les pauses)
Diapositive 16 : Outils pratiques	2 minutes
Diapositive 17 : Activité - Déconstruire le risque	15 minutes
Diapositive 18 : Une note sur la protection de la confidentialité et de la vie privée	5 minutes
Pause repas	45 minutes
Diapositives 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26: Discuter de santé sexuelle, de consommation de substances et d'ITSS : Guide à l'intention des dispensateurs de services	25 minutes
Diapositive 27 : Activité - Scénarios de pratique	60 minutes
Pause rafraîchissement (durant l'activité Scénarios de pratique)	10 minutes
Quatrième section : Conclusion	15 minutes (excluant les pauses)
Diapositive 28 : Discussion sur la santé sexuelle, la consommation de substances et les ITSS - Plan d'action	10 minutes
Diapositive 29 : Conclusion	5 minutes
Total	5 hours (incluant les pauses)

SÉANCE DE TROIS HEURES

Section/diapositive	Durée
Première section : Présentations	20 minutes (excluant les pauses)
Diapositive 1 : Présentation	4 minutes
Diapositive 2 : Contexte	1 minute
Diapositive 3 : Aperçu de l'atelier	1 minute
Diapositive 4 : Objectifs d'apprentissage	1 minute
Diapositive 5 : Nos droits en tant qu'apprenants	5 minutes
Diapositives 6, 7, 8, 9 : Termes clés	8 minutes
Deuxième section : Exploration de la stigmatisation et des facteurs qui y contribuent	64 minutes (excluant les pauses)
Diapositive 10 : Activité - Le langage de la sexualité	18 minutes
Diapositive 11 : Activité - Nommez cette substance	8 minutes
Diapositive 12 : Déconstruire la stigmatisation	5 minutes
Diapositive 13 : La stigmatisation définie	3 minutes
Pause rafraîchissement	10 minutes
Diapositive 14 : Activité - Scénario de cas de stigmatisation	25 minutes
Diapositive 15 : Que pensent les usagers?	5 minutes

Section/diapositive	Durée
Troisième section : Stratégies pour discuter de santé sexuelle, de consommation de substances et d'ITSS et pour réduire la stigmatisation	66 minutes (excluant les pauses)
Diapositive 16 : Outils pratiques	1 minute
Diapositive 17 : Activité - Déconstruire le risque	8 minutes
Diapositive 18 : Une note sur la protection de la confidentialité et de la vie privée	2 minutes
Diapositives 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26 : Discuter de santé sexuelle, de consommation de substances et d'ITSS : Guide à l'intention des dispensateurs de services	15 minutes
Pause rafraîchissement	10 minutes
Diapositive 27 : Activité - Scénarios de pratique	40 minutes
Quatrième section : Conclusion	10 minutes (excluant les pauses)
Diapositive 28 : Discussion sur la santé sexuelle, la consommation de substances et les ITSS - Plan d'action	5 minutes
Diapositive 29 : Conclusion	5 minutes
Total	3 hours (incluant les pauses)

SÉANCE DE 90 MINUTES

Notez qu'en raison des contraintes de temps qu'entraîne un atelier de 90 minutes, vous devrez sauter plusieurs activités et accorder moins de temps aux discussions de groupe. Une séance de 90 minutes se veut une première introduction à la stigmatisation associée aux ITSS.

Section/diapositive	Durée
Première section : Présentations	19 minutes
Diapositive 1 : Présentation	5 minutes
Diapositive 2 : Contexte	1 minute
Diapositive 3 : Aperçu de l'atelier	1 minute
Diapositive 4 : Objectifs d'apprentissage	1 minute
Diapositive 5 : Nos droits en tant qu'apprenants	3 minutes
Diapositives 6, 7, 8, 9 : Termes clés	8 minutes
Deuxième section : Exploration de la stigmatisation et des facteurs qui y contribuent	31 minutes
Diapositive 10 : Activité - Le langage de la sexualité <i>Menez cette activité sous forme de discussion en groupe entier, plutôt qu'en petits groupes.</i>	8 minutes
Diapositive 11 : Activité - Nommez cette substance	5 minutes
Diapositive 12 : Déconstruire la stigmatisation <i>Menez cette activité sous forme de discussion en groupe entier, plutôt qu'en petits groupes.</i>	3 minutes
Diapositive 13 : La stigmatisation définie	3 minutes

Section/diapositive	Durée
Diapositive 14 : Activité - Scénario de cas de stigmatisation <i>Donnez aux participants plusieurs minutes pour lire de scénario de cas. Menez cette activité sous forme de discussion en groupe entier, plutôt qu'en petits groupes.</i>	10 minutes
Diapositive 15 : Que pensent les usagers?	2 minutes
Troisième section : Stratégies pour discuter de santé sexuelle, de consommation de substances et d'ITSS et pour réduire la stigmatisation	32 minutes
Diapositive 16 : Outils pratiques	1 minute
Diapositive 17 : Activité - Déconstruire le risque	5 minutes
Diapositive 18 : Une note sur la protection de la confidentialité et de la vie privée	1 minute
Diapositives 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26 : Discuter de santé sexuelle, de consommation de substances et d'ITSS : Guide à l'intention des dispensateurs de services	5 minutes
Diapositive 27 : Activité - Scénarios de pratique <i>Vous aurez probablement du temps pour 1 ou 2 scénarios.</i>	20 minutes
Quatrième section : Conclusion	8 minutes
Diapositive 28 : Discussion sur la santé sexuelle, la consommation de substances et les ITSS - Plan d'action	4 minutes
Diapositive 29 : Conclusion	4 minutes
Total	90 minutes

ANNEXE B : SCÉNARIO DE CAS DE STIGMATISATION

Lisez le scénario et cherchez des exemples de **stigmatisation perçue**, de **stigmatisation intériorisée**, de **stigmatisation effective**, de **stigmatisation multidimensionnelle** et de **stigmatisation institutionnelle**. Consultez les définitions dans votre cahier. Après avoir cerné les différentes formes de stigmatisation, lancez des idées de stratégies pour s'attaquer aux problèmes.

A Un homme souhaite subir un test de dépistage d'ITSS et prend l'autobus pour se rendre à la clinique la plus près située à l'autre bout de la ville. Lorsqu'il arrive à destination, il constate que la clinique est fermée et qu'elle n'est ouverte qu'en semaine, de 9 h à 16 h. Il travaille chaque jour de 9 h à 17 h et n'a pas de possibilité d'absence rémunérée. Plusieurs semaines plus tard, il prend congé et retourne à la clinique.

À son arrivée, il commence à se sentir mal à l'aise de subir un test de dépistage. C'est la première fois qu'il subit un test de dépistage et il ne sait pas trop à quoi s'attendre. Il remarque que tous les employés sont occupés, s'activant et courant dans tous les sens. Il s'approche de la réception et on lui demande la raison de sa visite. Mais l'endroit n'offre aucune intimité pour lui permettre d'expliquer sa situation. Comme il craint que les autres personnes assises dans la salle d'attente l'entendent, il répond évasivement. On lui remet immédiatement un formulaire à remplir sans autre directive. Il a l'impression que la réceptionniste le juge déjà.

Il remplit le formulaire, mais certaines questions le laissent perplexe. Plusieurs questions n'offrent qu'un ou deux choix de réponses qui ne reflètent pas son vécu. Après un long moment, il entend son nom. Il est alors plus nerveux et se dit qu'il n'aurait pas dû venir. Il se rend à la réception où on lui demande sa carte d'assurance maladie. On lui dit qu'il a déjà manqué un rendez-vous dans le passé et que si cela se reproduit, il devra payer pour le service. Il est alors très déconcerté et s'excuse. Il retourne s'asseoir et attend.

Enfin, on l'appelle pour qu'il rencontre le dispensateur de services. Il est nerveux d'expliquer les raisons qui l'amènent à subir un test de dépistage, parce qu'il a honte de ses comportements et qu'il est convaincu d'avoir une ITSS. On le conduit dans une petite salle pour attendre le dispensateur. Il remarque que les murs sont tapissés d'affiches ciblant des groupes de gens qui lui ressemblent; il se sent alors pointé du doigt et encore plus anxieux. Quand arrive enfin le souriant dispensateur de services, l'utilisateur est assez tendu. La dispensatrice lui pose calmement les questions du questionnaire et attend patiemment qu'il réponde. L'homme répond à certaines questions, mais a du mal à répondre à d'autres et ne comprend pas pourquoi elles lui sont posées. Alors, il répond simplement non. Tout au long de la visite, le dispensateur lui explique patiemment ce qui pourrait arriver si le test de dépistage d'une ITSS s'avérait positif. L'utilisateur est à l'aise avec l'idée de savoir quels résultats de tests pourraient être communiqués au gouvernement et sent qu'on lui a donné suffisamment d'information pour lui permettre de prendre une décision éclairée. Il décide donc de se soumettre au test de dépistage.

En quittant la clinique, il repense au test de dépistage du VIH qu'il vient de subir. Il est presque certain d'avoir entendu dire quelque part qu'une personne infectée par le VIH se doit de le dire à tous ses nouveaux partenaires sexuels. L'idée de le dire à quelqu'un le rend très anxieux, et les informations qu'il vient de recevoir à la clinique commencent à s'embrouiller dans sa tête. Il recommence à se sentir coupable de ses comportements et est convaincu que le test de dépistage d'ITSS sera positif. Il commence à se demander s'il veut réellement retourner à la clinique pour connaître les résultats...

GUIDE D'ANIMATION DU SCÉNARIO DE CAS DE STIGMATISATION

Un homme souhaite subir un test de dépistage d'ITSS et prend l'autobus pour se rendre à la clinique la plus près située à l'autre bout de la ville. Lorsqu'il arrive à destination, il constate que la clinique est fermée et qu'elle n'est ouverte qu'en semaine, de 9 h à 16 h. Il travaille chaque jour de 9 h à 17 h et n'a pas de possibilité d'absence rémunérée. Plusieurs semaines plus tard, il prend congé et retourne à la clinique **[stigmatisation institutionnelle]**.

À son arrivée, il commence à se sentir mal à l'aise de subir un test de dépistage. C'est la première fois qu'il subit un test de dépistage et il ne sait pas trop à quoi s'attendre. Il remarque que tous les employés sont occupés, s'activant et courant dans tous les sens. Il s'approche de la réception et on lui demande la raison de sa visite. Mais, l'endroit n'offre aucune intimité pour lui permettre d'expliquer sa situation **[stigmatisation institutionnelle]**. Comme il craint que les autres personnes assises dans la salle d'attente l'entendent, il répond évasivement. On lui remet immédiatement un formulaire à remplir sans autre directive. Il a l'impression que la réceptionniste le juge déjà **[stigmatisation perçue]**.

Il remplit le formulaire, mais certaines questions le laissent perplexe. Plusieurs questions n'offrent qu'un ou deux choix de réponses qui ne reflètent pas son vécu **[stigmatisation effective et institutionnelle]**. Après un long moment, il entend son nom. Il est alors plus nerveux et se dit qu'il n'aurait pas dû venir. Il se rend à la réception où on lui demande sa carte d'assurance maladie. On lui dit qu'il a déjà manqué un rendez-vous dans le passé et que si cela se reproduit, il devra payer pour le service **[stigmatisation institutionnelle]**. Il est alors très déconcerté et s'excuse. Il retourne s'asseoir et attend.

Enfin, on l'appelle pour qu'il rencontre la dispensatrice ou le dispensateur de services. Il est nerveux d'expliquer les raisons qui l'amènent à subir un test de dépistage, parce qu'il a honte de ses comportements et qu'il est convaincu d'avoir une ITSS **[stigmatisation intériorisée]**. On le conduit dans une petite salle pour attendre le dispensateur. Il remarque que les murs sont tapissés d'affiches ciblant des groupes de gens qui lui ressemblent; il se sent alors pointé du doigt et encore plus anxieux **[stigmatisation perçue]**. Quand arrive enfin le souriant dispensateur de services, l'utilisateur est assez tendu. Le dispensateur lui pose calmement les questions du questionnaire et attend patiemment qu'il réponde. L'homme répond à certaines questions, mais a du mal à répondre à d'autres et ne comprend pas pourquoi elles lui sont posées. Alors, il répond simplement non **[stigmatisation perçue et institutionnelle]**. Tout au long de la visite, le dispensateur lui explique patiemment ce qui pourrait arriver si le test de dépistage d'une ITSS s'avérait positif. L'utilisateur se sent à l'aise avec le fait de savoir quels résultats de tests pourraient être communiqués au gouvernement et sent qu'on lui a donné suffisamment d'information pour lui permettre de prendre une décision éclairée. Il décide donc de se soumettre au test de dépistage.

En quittant la clinique, il repense au test de dépistage du VIH qu'il vient de subir. Il est presque certain d'avoir entendu dire quelque part qu'une personne infectée par le VIH se doit de le dire à tous ses nouveaux partenaires sexuels **[stigmatisation institutionnelle]**. L'idée de le dire à quelqu'un le rend très anxieux, et les informations qu'il vient de recevoir à la clinique commencent à s'embrouiller dans sa tête. Il recommence à se sentir coupable de ses comportements et est convaincu que le test de dépistage d'ITSS sera positif **[stigmatisation intériorisée]**. Il commence à se demander s'il veut réellement retourner à la clinique pour connaître les résultats...

STRATÉGIES POSSIBLES :

- Collaborer avec une importante base d'intervenants pour établir l'accessibilité des services et le niveau d'inclusion dans ces services.
- Offrir une formation à l'échelle de l'organisation à tous les employés sur la stigmatisation et ses effets.
- Évaluer l'environnement physique. Y a-t-il beaucoup d'affiches et de documents d'information?
- Réviser les formulaires d'accueil pour veiller à ce qu'ils s'adressent à tous usagers.
- Dire à tous les usagers pourquoi les questions leur sont posées et pourquoi elles sont importantes.

SUGGESTIONS DE QUESTIONS DE DISCUSSION :

1. Qu'avez-vous ressenti en lisant le scénario?

RÉPONSES POSSIBLES : situation habituelle, plusieurs établissements de soins de santé conventionnels travaillent ainsi. Les participants peuvent dire que cela les attriste et qu'ils ont ressenti de l'empathie pour l'usagère ou l'utilisateur.

2. Quels éléments de cette histoire vous étaient familiers?

RÉPONSES POSSIBLES : l'emplacement de la clinique, les heures d'ouverture, les dispensateurs de services bousculés, le langage inaccessible des formulaires et la perception d'un manque d'empathie de la part du personnel.

3. Quel est l'impact global de la stigmatisation sur l'usagère ou l'utilisateur?

RÉPONSES POSSIBLES : la stigmatisation peut empêcher les usagers d'accéder aux soins et aux traitements, crée plus d'obstacles aux services et perpétue la stigmatisation perçue et intériorisée. La stigmatisation peut entraîner des conséquences néfastes chez les personnes vivant avec des ITSS ou affectées par elles, y compris le stress psychologique, la peur de la divulgation et l'évitement des services de prévention, de dépistage et de traitement.^{18,19,20,21,22}

18 M. Balfe et coll., « Young women's decisions to accept chlamydia screening: influences of stigma and doctor-patient interactions », *BMC Public Health*, vol. 10 (2010), p. 425.

19 D.J. Fortenberry et coll., « Relationships of stigma and shame to gonorrhoea and HIV screening », *Am J Public Health*, vol. 92, no 3 (2002), p. 378-381.

20 A.P. Mahajan et coll., « Stigma in the HIV/AIDS epidemic: a review of the literature and recommendations for the way forward », *AIDS*, vol. 22, suppl. 2 (2008), p. S67-S79.

21 J. Mill et coll., « Accessing health services while living with HIV: intersections of stigma », *Can J of Nurs Res*, vol. 41, no 3 (2009), p. 168-185.

22 M.L. Rusch et coll., « Preliminary development of a scale to measure stigma relating to sexually transmitted infections among women in a high risk neighbourhood », *BMC Womens Health*, vol. 8, no 21 (2008).

La stigmatisation au sein des établissements de santé est particulièrement inquiétante, car elle influe sur la qualité des soins et sur la collaboration de la personne au processus de soins de santé.²³ La stigmatisation peut également avoir un impact négatif sur les interventions de santé publique dans la communauté en général (p. ex., la dénégation d'un problème au sein d'une communauté peut donner lieu à des interventions malavisées en matière de promotion de la santé ou de santé publique; des communautés entières peuvent éviter des services par peur que d'autres découvrent la vérité; la stigmatisation peut susciter de la méfiance envers des dispensateurs de services ou des services de soutien dans une communauté).

4. Pourquoi est-ce important de comprendre et de reconnaître la stigmatisation intériorisée et perçue?

RÉPONSES POSSIBLES : même les dispensateurs de services et les organisations qui luttent activement contre la stigmatisation et offrent des services inclusifs ne sont pas à l'abri des effets de la stigmatisation intériorisée et perçue. Dans l'exemple de scénario, comme l'utilisateur est victime de stigmatisation intériorisée et perçue, il envisage de ne pas chercher à connaître les résultats du test de dépistage, et ce, malgré l'approche sûre et respectueuse du dispensateur de services lorsqu'il a été question du dépistage des ITSS. Il est important de reconnaître les facteurs qui peuvent contribuer à la stigmatisation intériorisée et perçue et d'adopter une démarche proactive lorsqu'il s'agit de concevoir des services et de discuter de sexualité, de consommation de substances et d'ITSS avec les usagers.

23 J.J. Kinsler et coll., « The effect of perceived stigma from a health care provider on access to care among a low-income HIV-positive population », *AIDS Patient Care STDs*, vol. 21, no 8 (2007), p. 584-592.

ANNEXE C : ACTIVITÉ NOMMEZ CETTE SUBSTANCE

- Les effets secondaires peuvent inclure la respiration difficile; la respiration irrégulière, rapide ou lente, ou superficielle; les lèvres, les ongles ou la peau pâles ou bleus; et l'essoufflement.
- Consommée à fortes doses, cette substance peut causer des dommages au foie. Dans de rares cas, les très fortes doses peuvent mener à une transplantation hépatique et entraîner la mort.
- La consommation à long terme peut entraîner la constipation.
- Les signes de surdose sont l'urine foncée; la respiration difficile; la respiration irrégulière, rapide ou lente, ou superficielle; les nausées ou les vomissements; la douleur dans le haut de l'abdomen; les lèvres, les ongles ou la peau pâles ou bleus; les pupilles en pointe d'épingle; et les yeux ou la peau jaunes.

Réponse : Acétaminophène

Adapté de <http://www.mayoclinic.org/drugs-supplements/acetaminophen-and-codeine-oral-route/description/drg-20074117> (en anglais)

- Un excès de cette substance peut causer une agitation extrême, des tremblements et un pouls très rapide ou irrégulier.
- La consommation de plus de 5 000 mg sur une courte période peut être mortelle.
- La consommation à long terme de grandes quantités de cette substance peut être associée à la perte de densité osseuse, ce qui accroît le risque d'ostéoporose.
- La consommation à long terme est aussi associée à un pouls irrégulier et peut hausser les niveaux de cholestérol.

Réponse : Caféine

Adapté de http://www.camh.ca/fr/hospital/health_information/a_z_mental_health_and_addiction_information/Caffeine/Pages/default.aspx

- La consommation de cette substance :
 - cause l'épaississement et la constriction des vaisseaux sanguins, ce qui réduit l'alimentation du cœur en oxygène
 - fait travailler davantage le muscle cardiaque, ce qui accroît le risque de crise cardiaque ou d'accident vasculaire cérébral
 - fait augmenter la pression artérielle.
- La consommation de cette substance est associée à la prise de risques et à des comportements violents. Elle est aussi liée à un manque de concentration et de jugement, ce qui accroît la probabilité de blessures et de maladies transmises sexuellement.
- Même une très petite quantité de cette substance peut provoquer une surdose. Une surdose peut causer une crise épileptique et une insuffisance cardiaque. Elle peut aussi ralentir la respiration ou l'arrêter complètement.

- La consommation chronique peut entraîner des crises de panique; des symptômes psychotiques comme la paranoïa (sentiment intense de méfiance, de jalousie ou de persécution), les hallucinations (voir, entendre, sentir, etc., des choses qui n'existent pas) et les idées délirantes (faux croyances); et des comportements imprévisibles, bizarres, parfois violents.

Réponse : Cocaïne

Adapté de http://www.camh.ca/fr/hospital/health_information/a_z_mental_health_and_addiction_information/Cocaine/Pages/default.aspx

- Cette substance produit une montée d'euphorie, suivie d'une période de sédation ou de tranquillité.
- Les autres effets sont le ralentissement de la respiration, les pupilles en pointe d'épingle, la démangeaison et la transpiration.
- La consommation régulière cause la constipation, la perte de l'intérêt sexuel et de la libido, et l'irrégularité ou l'interruption des règles chez les femmes.
- Les personnes qui consomment cette substance quotidiennement doivent en prendre toutes les 6 à 12 heures pour éviter les symptômes de sevrage. Les premiers symptômes de sevrage sont intenses : écoulement nasal, éternuements, diarrhée, vomissements, agitation et état de manque constant.
- En cas de surdose, la respiration ralentit et peut s'arrêter complètement.
- La consommation à long terme peut mener à la tolérance et à la dépendance.

Réponse : Héroïne

Adapté de http://www.camh.ca/fr/hospital/health_information/a_z_mental_health_and_addiction_information/Heroin/Pages/default.aspx

- Les effets secondaires possibles de cette substance peuvent inclure, entre autres :
 - La somnolence
 - Les nausées
 - La sécheresse de la bouche
 - L'insomnie
 - La diarrhée
 - La nervosité, l'agitation ou l'impatience
 - Les étourdissements
 - Des problèmes sexuels comme la baisse du désir sexuel, la difficulté à atteindre l'orgasme ou l'incapacité de maintenir une érection (dysfonction érectile)
 - Les maux de tête
 - La vision trouble

- Cette substance peut être utilisée pour traiter l'anxiété, la panique, les troubles alimentaires, la douleur chronique, l'état de stress post-traumatique, l'éjaculation précoce et la dépression.
- L'arrêt soudain de la consommation peut entraîner un sentiment général de malaise, des nausées, des étourdissements, de la léthargie et/ou des symptômes pseudo-grippaux.

Réponse : Inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine (ISRS)

Adapté de <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/depression/in-depth/ssris/art-20044825?pg=1> (en anglais)

- Cette substance peut causer :
 - des sentiments de dépression
 - des difficultés d'élocution
 - de la somnolence
 - le ralentissement des réflexes
 - un jugement affaibli
 - une vision double ou trouble
 - une réduction du contrôle musculaire
 - des pertes de conscience et de mémoire
- Une intoxication extrême peut se manifester par l'impossibilité de se tenir debout, les vomissements, l'état du stupeur, le coma et la mort.
- La consommation à long terme accroît le risque de dommages au cerveau et aux nerfs; d'hypertension artérielle et d'accidents vasculaires cérébraux; de maladies de l'estomac, de l'appareil digestif et du pancréas; de cancers du sein et de la gorge; d'atteinte hépatique; de faible taux d'hormones sexuelles; de dommages au fœtus si l'on consomme de l'alcool pendant la grossesse; et de dépendance.

Réponse : Alcool

Adapté de : http://www.camh.ca/fr/hospital/health_information/a_z_mental_health_and_addiction_information/alcohol/Pages/alcohol.aspx



ANNEXE D : SCÉNARIOS DE PRATIQUE EN MILIEU CLINIQUE ET NON CLINIQUE

SCÉNARIO 1

INSTRUCTIONS À LA DISPENSATRICE OU AU DISPENSATEUR DE SERVICES (MILIEU CLINIQUE)

Vous vous apprêtez à voir l'utilisateur. Il est venu à la clinique de santé sexuelle pour subir un test de dépistage du VIH et d'autres ITS. Il s'agit d'un homme de 26 ans qui a déjà mentionné avoir des relations sexuelles uniquement avec d'autres hommes. Vous constatez à la lecture de son dossier qu'il a déjà subi de nombreux tests de dépistage. Sa dernière visite remonte à huit mois.

SCÉNARIO 1

INSTRUCTIONS À L'USAGÈRE OU À L'USAGER (MILIEU CLINIQUE)

Vous vous prénommez Alex. Vous avez 26 ans. Il y a deux ans, vous avez commencé à vous identifier comme gai auprès de certaines personnes de votre entourage, mais pas encore à votre travail ou dans votre famille.

D'aussi loin que vous vous souvenez, vous avez toujours consulté le même médecin de famille pour tout ce qui a trait à votre santé, et c'est ce même médecin qui traite les autres membres de votre famille. Vous ne lui avez pas révélé que vous êtes gai par crainte de son jugement et par peur qu'elle ne dévoile votre homosexualité à votre famille. Votre médecin de famille ne vous a jamais questionné sur votre activité sexuelle et ne vous a jamais offert de subir un test de dépistage du VIH et d'ITS.

La sexualité est pour vous une chose privée et vous n'êtes pas à l'aise d'en parler. Vous êtes sexuellement actif depuis l'âge de 18 ans, et tous vos partenaires sexuels ont été des hommes.

Bien que vous croyiez qu'il est important d'utiliser des condoms lors de relations sexuelles anales, vous avez du mal à demander à vos partenaires sexuels d'utiliser des condoms. Lorsque vous aviez 22 ans, un ami vous a suggéré de vous soumettre à un test de dépistage d'ITS et c'est alors que vous êtes venu à la clinique pour la première fois. Vous venez régulièrement à la clinique de santé sexuelle depuis quatre ans pour y subir des tests de dépistage.

Chaque fois que vous vous présentez à la clinique de santé sexuelle, vous rencontrez une infirmière différente. C'est frustrant parce que vous devez chaque fois révéler votre homosexualité. En général, à moins qu'on vous le demande expressément, vous ne dites pas que vous êtes gai.

Ces quatre dernières années, vous avez eu deux diagnostics distincts de gonorrhée. Chaque fois, vous êtes revenu pour un traitement, et chaque fois, vous aviez l'impression que l'infirmière en ITS vous jugeait d'avoir eu des relations sexuelles anales sans condom, bien que vous vous sentiez déjà coupable du manque de cohérence de vos méthodes de réduction des méfaits.

Huit mois après votre dernière visite, vous êtes de retour à la clinique de santé sexuelle pour subir un test de dépistage. Il y a quatre semaines, vous avez eu une relation sexuelle sans condom avec un partenaire que vous ne connaissiez pas et qu'il vous est impossible de contacter, et vous avez noté depuis un écoulement provenant de votre pénis. Les résultats de votre test vous inquiètent et vous craignez que l'infirmière ne réagisse négativement si vous lui dites avoir eu une relation sexuelle sans condom avec un inconnu. Vous ne savez pas quelle information vous souhaitez révéler à l'infirmière. Si vous pouviez vous sentir en sécurité, vous seriez honnête, mais si vous avez l'impression d'être jugé, vous vous absteniez probablement de divulguer des détails sur votre sexualité. Tout ce que vous voulez, c'est de subir le test et de retourner à la maison.

SCÉNARIO 1

INSTRUCTIONS À LA DISPENSATRICE OU AU DISPENSATEUR DE SERVICES (MILIEU NON CLINIQUE)

Vous vous apprêtez à voir l'utilisateur. Il s'est présenté à la clinique de santé sexuelle pour se renseigner sur le VIH et d'autres ITS. Il s'agit d'un homme de 26 ans qui a déjà mentionné avoir des relations sexuelles uniquement avec d'autres hommes. Vous constatez à la lecture de son dossier qu'il a déjà subi de nombreux tests de dépistage. Sa dernière visite remonte à huit mois. Dans le passé, il n'a eu accès qu'à des services cliniques. C'est la première fois qu'il demande à voir à une conseillère ou une éducatrice/un conseiller ou un éducateur en santé sexuelle.

SCÉNARIO 1

INSTRUCTIONS À L'USAGÈRE OU À L'USAGER (MILIEU NON CLINIQUE)

Vous vous prénommez Alex. Vous avez 26 ans. Il y a deux ans, vous avez commencé à vous identifier comme gai auprès de certaines personnes de votre entourage, mais pas encore à votre travail ou dans votre famille.

La sexualité est pour vous une chose privée et vous n'êtes pas à l'aise d'en parler. Vous êtes sexuellement actif depuis l'âge de 18 ans, et tous vos partenaires sexuels ont été des hommes.

Bien que vous croyiez qu'il est important d'utiliser des condoms lors de relations sexuelles anales, vous avez du mal à demander à vos partenaires sexuels d'utiliser des condoms. Lorsque vous aviez 22 ans, un ami vous a suggéré de vous soumettre à un test de dépistage d'ITS et c'est alors que vous êtes venu à la clinique pour la première fois. Vous venez régulièrement à la clinique de santé sexuelle depuis quatre ans pour y subir des tests de dépistage.

Ces quatre dernières années, vous avez eu deux diagnostics distincts de gonorrhée. Chaque fois, vous êtes revenu pour un traitement, et chaque fois, vous aviez l'impression que l'infirmière en ITS vous jugeait d'avoir eu des relations sexuelles anales sans condom, bien que vous vous sentiez déjà coupable du manque de cohérence de vos méthodes de réduction des méfaits.

Vous venez aujourd'hui expressément parce qu'il y a quatre semaines, vous avez eu une relation sexuelle sans condom avec un partenaire que vous ne connaissiez pas et qu'il vous est impossible de contacter. Vous craignez la réaction de l'éducateur ou l'éducatrice en santé sexuelle lorsque vous lui direz avoir eu une relation sexuelle sans condom avec un inconnu. Vous ne savez pas quelle information vous souhaitez lui révéler. Si vous pouviez vous sentir en sécurité, vous seriez honnête, mais si vous avez l'impression d'être jugé, vous vous absteniez probablement de divulguer des détails sur votre sexualité. Vous souhaiteriez discuter de stratégies de réduction des méfaits que vous pouvez utiliser lors de relations sexuelles anales et aimeriez apprendre comment négocier l'utilisation de barrières avec vos partenaires. Vous êtes très nerveux de vous trouver dans une clinique de santé sexuelle.

SCÉNARIO 1

GUIDE D'ANIMATION POUR LES SCÉNARIOS EN MILIEUX CLINIQUE ET NON CLINIQUE

1. Comment les interprètes de la dispensatrice ou du dispensateur de services et de l'utilisateur ont-ils vécu l'expérience?

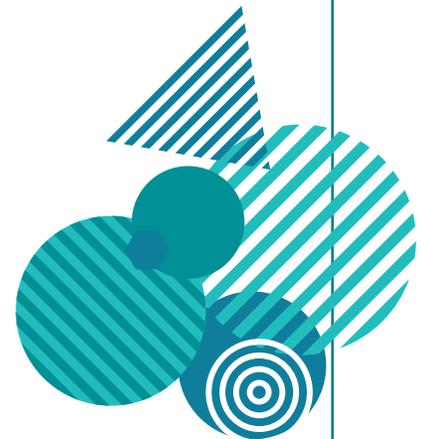
RÉPONSES POSSIBLES :

- Jouer le rôle de l'utilisateur peut aider à adopter une attitude empathique à l'endroit des gens qui accèdent à nos services, étant donné qu'il peut être difficile de répondre à des questions personnelles à son propre sujet.
- Il peut être difficile pour les dispensateurs de services de travailler avec un utilisateur victime à la fois de stigmatisation perçue et de stigmatisation intériorisée.
- Créer un environnement sûr, être sensible au langage et s'assurer que l'utilisateur comprenne pourquoi vous lui posez certaines questions peut prendre du temps. Toutefois, bien menées, ces stratégies peuvent contribuer à favoriser un lien de confiance avec lui et faciliter la discussion sur sa santé et son bien-être.

2. Quelles techniques ont bien fonctionné?

RÉPONSES POSSIBLES :

- Expliquer pourquoi chaque question est posée.
- Utiliser une approche sensible aux traumatismes et à la violence.
- Assurer le respect de la vie privée et de la confidentialité.
- Poser des questions ouvertes.
- Permettre à l'utilisateur de s'expliquer à son propre rythme.
- Permettre à l'utilisateur de déterminer les services dont il a besoin.

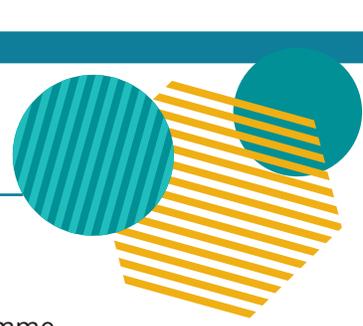


NOTA : Il est possible que certains participants disent qu'il était difficile de suivre le guide de discussion ou d'aborder les cinq catégories dans la conversation. Dites aux participants que cela deviendra plus facile avec de la pratique et rappelez-leur que toutes les interactions ne nécessitent pas nécessairement qu'on aborde les cinq catégories, et que les questions données à titre d'exemple ne devraient être posées que dans la mesure où elles correspondent aux soins dont la personne a besoin.

SCÉNARIO 2

INSTRUCTIONS À LA DISPENSATRICE OU AU DISPENSATEUR DE SERVICES (MILIEU CLINIQUE)

Vous vous apprêtez à voir l'usagère. Tout ce qu'on vous a donné comme information, c'est qu'elle craint d'avoir l'herpès.



SCÉNARIO 2

INSTRUCTIONS À L'USAGÈRE OU À L'USAGER (MILIEU CLINIQUE)

Vous vous prénommez Sylvie et vous avez 35 ans. Vous vous posez des questions sur la sexualité et sur l'herpès. Vous craignez d'avoir contracté l'herpès d'un ancien partenaire sexuel et vous éprouvez certains symptômes qui vous inquiètent. Vous voulez savoir s'il est possible de subir un test de dépistage, mais vous craignez que si vous recevez un diagnostic d'herpès, vous ne pourrez plus avoir de relations sexuelles. Vous craignez également que votre médecin de famille soit informé de votre diagnostic par le personnel de la clinique.

Vous croyez mériter d'avoir l'herpès, que c'est peut-être le signe que vous ne devriez pas être active sexuellement alors que vous l'êtes. On vous a enseigné dès votre plus jeune âge que le sexe est quelque chose de honteux et qu'on ne doit pas en parler.

Vous être très nerveuse de parler d'herpès avec le clinicien ou la clinicienne, parce que vous n'avez jamais parlé de sexe ou de sexualité avec qui que ce soit.

SCÉNARIO 2

INSTRUCTIONS À LA DISPENSATRICE OU AU DISPENSATEUR DE SERVICES (MILIEU NON CLINIQUE)

Vous vous apprêtez à voir l'usagère. Tout ce qu'on vous a donné comme information, c'est qu'elle veut parler à une conseillère ou une éducatrice/un conseiller ou un éducateur au sujet de l'herpès.

SCÉNARIO 2

INSTRUCTIONS À LA DISPENSATRICE OU AU DISPENSATEUR DE SERVICES (MILIEU NON CLINIQUE)

Vous vous prénommez Sylvie et vous avez 35 ans. Vous êtes venue aujourd'hui pour poser quelques questions sur l'herpès. Votre médecin vient de vous annoncer que vous êtes atteinte d'herpès et vous êtes très inquiète de devoir l'annoncer à vos partenaires sexuels. Vous craignez de ne plus pouvoir avoir de relations sexuelles. Vous croyez mériter d'avoir l'herpès, que c'est peut-être le signe que vous ne devriez pas avoir de relations sexuelles alors que vous en avez.

Vous être très nerveuse de parler d'herpès avec la dispensatrice ou le dispensateur de services, parce que vous n'avez jamais parlé de sexe ou de sexualité avec qui que ce soit.

On vous a enseigné à un très jeune âge que le sexe est une chose honteuse et que vous ne devriez pas parler ouvertement de votre sexualité. Toutefois, vous voulez savoir si cela affectera vos futurs partenaires sexuels, et vous êtes disposée à parler avec une conseillère ou une éducatrice/un conseiller ou un éducateur si vous vous sentez en sécurité et respectée.

SCÉNARIO 2

QUESTIONS DE RÉCAPITULATION POUR LES SCÉNARIOS EN MILIEUX CLINIQUE ET NON CLINIQUE

- 1. Quel effet cela vous a-t-il fait de jouer le rôle de l'usagère dans ce scénario? Croyez-vous que c'est ce que vivent souvent les gens qui accèdent à nos services?**

RÉPONSES POSSIBLES :

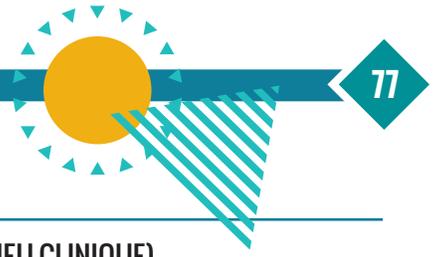
- C'est une situation très courante dans nos établissements de services.
- Ça n'a pas été facile de jouer le rôle de l'usagère, en raison de la honte et de la peur qu'elle ressentait. La dispensatrice ou le dispensateur de services devait faire preuve d'ouverture et ne pas porter de jugement pour amener l'usagère à parler honnêtement de ses besoins.

- 2. Comment était-ce de jouer la dispensatrice ou le dispensateur de services? Qu'avez-vous fait dans ce rôle pour encadrer la conversation de manière pertinente?**

RÉPONSES POSSIBLES :

- C'était difficile, mais également utile de normaliser l'expérience de l'herpès et d'insister sur le fait que beaucoup de gens ont l'herpès et ont les mêmes craintes et inquiétudes à ce sujet. Si les usagers craignent de discuter de leur diagnostic d'herpès avec leurs partenaires sexuels, il peut s'avérer utile de faire un jeu de rôle avec eux.
- Il peut être difficile en tant que conseillers ou éducateurs en matière de santé de donner de l'information sur l'herpès ou sur d'autres ITSS. Les professionnels non cliniciens ont souvent peur de ne pas avoir l'information que les usagers recherchent. Dans une telle situation, il est important de normaliser ce que vit la personne et de chercher ensemble d'autres informations.
- Pour le personnel clinique, il peut s'agir d'une conversation courante au point qu'il peut être facile de répondre de façon non intentionnelle sans aucune empathie. Il est important de ne pas oublier la stigmatisation associée à l'herpès et de tenir compte de ce que peut signifier un tel diagnostic pour une personne. Même si vous êtes pressé(e), il est extrêmement important de traiter cette question avec soin. Il peut s'avérer utile de diriger la personne vers des services de consultation pour lui permettre d'exprimer ses sentiments.

NOTA : Il est possible que certains participants disent qu'il était difficile de suivre le guide de discussion ou d'aborder les cinq catégories dans la conversation. Dites aux participants que cela deviendra plus facile avec de la pratique et rappelez-leur que toutes les interactions ne nécessitent pas nécessairement qu'on aborde les cinq catégories, et que les questions données à titre d'exemple ne devraient être posées que dans la mesure où elles correspondent aux soins dont la personne a besoin.



SCÉNARIO 3

INSTRUCTIONS À LA DISPENSATRICE OU AU DISPENSATEUR DE SERVICES (MILIEU CLINIQUE)

Vous vous apprêtez à voir l'usagère. Tout ce qu'on vous a donné comme information, c'est qu'elle veut parler de moyens de contraception.

SCÉNARIO 3

INSTRUCTIONS À L'USAGÈRE OU À L'USAGER (MILIEU CLINIQUE)

Vous vous prénommez Julie et souhaiteriez parler à quelqu'un de moyens de contraception. Vous dites immédiatement à la dispensatrice ou au dispensateur de services que vous désirez un stérilet. Vous êtes mariée à votre partenaire de longue date. Vous n'avez pas d'enfants et vous utilisez généralement un condom lorsque vous avez des relations sexuelles avec votre partenaire. Vous n'avez jamais subi de test de dépistage d'ITSS, et de précédents dispensateurs de services vous ont déjà dit que comme vous étiez à « faible risque », vous n'aviez pas besoin de test de dépistage.

Comme on ne vous a jamais demandé si vous consommiez des substances, vous n'avez jamais révélé votre consommation à une dispensatrice ou un dispensateur de services. Vous consommez souvent de la cocaïne, de la MDMA et de l'alcool à des fins récréatives. Vous avez déjà eu des relations sexuelles sous l'effet de substances et vous vous êtes parfois réveillée sans vous rappeler ce que vous avez fait pendant que vous étiez intoxiquée. Comme vous ne croyez pas avoir un problème de consommation, vous n'avez aucun intérêt à réduire votre consommation. Toutefois, il vous est déjà arrivé de vous sentir coupable et anxieuse de ne pas pouvoir vous rappeler ce qui s'est passé la veille.

SCÉNARIO 3

INSTRUCTIONS À LA DISPENSATRICE OU AU DISPENSATEUR DE SERVICES (MILIEU NON CLINIQUE)

Vous vous apprêtez à voir l'usagère. Tout ce qu'on vous a donné comme information, c'est qu'elle veut parler d'ITSS.

SCÉNARIO 3

INSTRUCTIONS À L'USAGÈRE OU À L'USAGER (MILIEU NON CLINIQUE)

Vous vous prénommez Julie et vous êtes venue aujourd'hui pour parler d'ITSS. Vous êtes mariée à votre partenaire de longue date. Vous n'avez pas d'enfants et vous utilisez généralement un condom lorsque vous avez des relations sexuelles avec votre partenaire. Vous n'avez jamais subi de test de dépistage d'ITSS, et de précédents dispensateurs de services vous ont déjà dit que comme vous étiez à « faible risque », vous n'aviez pas besoin de test de dépistage.

Comme on ne vous a jamais demandé si vous consommiez des substances, vous n'avez jamais révélé votre consommation à une dispensatrice ou un dispensateur de services. Vous consommez souvent de la cocaïne, de la MDMA et de l'alcool à des fins récréatives. Vous avez déjà eu des relations sexuelles sous l'effet de substances et vous vous êtes parfois réveillée sans vous rappeler ce que vous avez fait pendant que vous étiez intoxiquée. Comme vous ne croyez pas avoir un problème de consommation, vous n'avez aucun intérêt à réduire votre consommation. Toutefois, il vous est déjà arrivé de vous sentir coupable et anxieuse de ne pas pouvoir vous rappeler ce qui s'est passé la veille.

Bien que vous utilisiez une méthode contraceptive et que vous ne craignez pas d'être enceinte, vous vous inquiétez au sujet des ITS et de ce que cela pourrait signifier pour vous et votre partenaire. Vous êtes toutefois très anxieuse à l'idée de révéler à la dispensatrice ou au dispensateur de services que vous consommez, et il est probable que vous en disiez très peu, à moins qu'on vous le demande expressément et qu'on vous mette à l'aise.

SCÉNARIO 3

QUESTIONS DE RÉCAPITULATION POUR LES SCÉNARIOS EN MILIEUX CLINIQUE ET NON CLINIQUE

1. Comment a-t-on appliqué le *Guide de discussion sur la santé sexuelle et la consommation de substances* dans ce scénario?

RÉPONSES POSSIBLES :

- Il a aidé à formuler les questions et à aborder de front la consommation de substances, ce qui a changé l'intervention.
- Ou encore, comme le guide de discussion n'a pas été appliqué dans son intégralité, la consommation de substances n'a pas été abordée. Comme il n'en a pas été question, il est possible que les interventions proposées n'aient pas correspondu aux besoins réels de l'usagère en matière d'intervention ou de dépistage.

2. Quelles stratégies la dispensatrice ou le dispensateur de services a-t-il/elle utilisées pour questionner l'usagère sur sa sexualité et sa consommation de substances de manière sûre et respectueuse?

RÉPONSES POSSIBLES :

- Poser des questions ouvertes.
- Justifier les nombreuses questions posées.
- Aborder les cinq catégories pour enrichir la discussion.
- S'abstenir de faire des suppositions fondées sur l'âge de l'usagère, sa situation matrimoniale, son orientation sexuelle, etc.

NOTA : Il est possible que certains participants disent qu'il était difficile de suivre le guide de discussion ou d'aborder les cinq catégories dans la conversation. Dites aux participants que cela deviendra plus facile avec de la pratique et rappelez-leur que toutes les interactions ne nécessitent pas nécessairement qu'on aborde les cinq catégories, et que les questions données à titre d'exemple ne devraient être posées que dans la mesure où elles correspondent aux soins dont la personne a besoin.



4. En général, à quel point vous sentez-vous à l'aise de parler de santé sexuelle et de réduction des méfaits avec les usagers/patients?

	Pas à l'aise du tout		Neutre		Tout à fait à l'aise	
Santé sexuelle	1	2	3	4	5	
Stratégies de réduction des méfaits	1	2	3	4	5	

Commentaires :

5. N'hésitez pas à nous faire part de vos réflexions avant le début de la séance.

QUESTIONNAIRE POST-ATELIER

Date: _____

Au-delà des notions de base : Un atelier avancé sur la santé sexuelle, la consommation de substances, les ITSS et la stigmatisation

1. Veuillez évaluer votre expérience pendant cet atelier. Veuillez indiquer dans quelle mesure vous êtes d'accord avec chacun des énoncés suivants en encerclant le chiffre correspondant à votre opinion.

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni en accord ni en désaccord	D'accord	Tout à fait d'accord
Les objectifs de l'atelier étaient clairs.	1	2	3	4	5
Le contenu de l'atelier correspondait à mes besoins.	1	2	3	4	5
J'ai plus conscience de mes valeurs et croyances concernant les ITSS, la sexualité et les comportements sexuels.	1	2	3	4	5
J'ai plus conscience des différentes formes de stigmatisation et des facteurs qui contribuent à la stigmatisation associée aux ITSS.	1	2	3	4	5
J'ai plus conscience de mes valeurs et croyances concernant la réduction des méfaits.	1	2	3	4	5
L'environnement de l'atelier était sûr et respectueux.	1	2	3	4	5

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni en accord ni en désaccord	D'accord	Tout à fait d'accord
Je serai en mesure d'appliquer dans ma pratique ce que j'ai appris à l'atelier d'aujourd'hui.	1	2	3	4	5
Je serai plus à l'aise pour discuter de sexualité et de réduction des méfaits avec les usagers/patients.	1	2	3	4	5
N'hésitez pas à commenter l'une ou l'autre de vos réponses ci-dessus :					
2. Quelle(s) partie(s) de l'atelier avez-vous préférée(s) et pourquoi?					
<hr/>					
<hr/>					
3. Quelles améliorations pourraient être apportées aux futurs ateliers?					
<hr/>					
<hr/>					
4. Autres réflexions ou commentaires?					
<hr/>					
<hr/>					
<hr/>					

Merci de votre participation!

QUESTIONS DE RÉFLEXION POUR L'ANIMATRICE OU L'ANIMATEUR

Après chaque atelier, on encourage l'animatrice ou l'animateur à prendre quelques minutes pour réfléchir à l'atelier. Ces notes de réflexion contribueront à l'amélioration continue du contenu de l'atelier et du processus d'animation.

1. Combien y avait-il de participants? Pouvez-vous fournir d'autres renseignements descriptifs que vous jugez importants (p. ex., diversité, groupes professionnels représentés, niveaux d'expérience, etc.)?
2. Quel était le niveau d'intérêt du groupe pour les documents de l'atelier?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

PASSIF

TRÈS INTÉRESSÉE

3. Quel était votre niveau d'aisance à animer la séance?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

TRÈS MAL À L'AISE

TRÈS À L'AISE

4. Selon vous, quel a été le moment le plus marquant de la séance?
5. Qu'est-ce qui a bien fonctionné durant la séance? Qu'est-ce qui pourrait être amélioré? Par exemple, considérez le processus d'animation, le contenu de l'atelier, l'intérêt du groupe, etc.
6. Y a-t-il eu des moments de friction ou des moments particulièrement difficiles? Qu'est-ce qui a contribué à ces moments selon vous?
7. Les participants ont-ils posé des questions auxquelles vous ne pouviez pas répondre ou auxquelles vous n'étiez pas à l'aise de répondre? Si oui, pourquoi?
8. Avez-vous d'autres commentaires ou suggestions qui pourraient améliorer l'atelier à l'avenir?



**VOUS DISPENSEZ DES SERVICES
SOCIAUX OU DE SANTÉ?**

**VOUS TRAVAILLEZ AVEC DES PERSONNES ATTEINTES
D’ITSS OU RISQUANT DE L’ÊTRE?**

ASSISTEZ GRATUITEMENT À NOTRE ATELIER D’EXPLORATION DES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG (ITSS) ET DE LA STIGMATISATION QUI Y EST ASSOCIÉE

Cet atelier vous donnera l’occasion d’approfondir vos compétences à discuter d’ITSS, de sexualité et de consommation de substances avec les usagers et vous proposera plusieurs stratégies et outils pouvant être utilisés pour réduire la stigmatisation dans votre milieu de travail.

Insérer la date et le lieu

Insérer la personne à contacter pour s’inscrire

Ajouter le logo de votre organisation

Des rafraîchissements seront servis

**Cliquez
ici pour
télécharger
votre affiche
éditable**



CANADIAN
PUBLIC HEALTH
ASSOCIATION

ASSOCIATION
CANADIENNE DE
SANTÉ PUBLIQUE



Calgary
Sexual Health
Centre

ANNEXE G : GLOSSAIRE

ALLIANCES HOMOSEXUELLES-HÉTÉROSEXUELLES (AHH) : organisations dirigées par des étudiants dans certaines écoles primaires, secondaires et universités qui créent des milieux où les LGBTQ+ et leurs alliés se sentent appuyés et en sécurité.

ALLIÉ/ALLIÉE : personne qui soutient activement les LGBTQ+ et qui défend leurs droits. Les alliés peuvent être gais, hétérosexuels, transgenres, queers, bispirituels, etc.

ASEXUEL/ASEXUELLE : personne qui ne ressent aucune attirance sexuelle pour personne.

BISEXUEL/BISEXUELLE : personne attirée physiquement et affectivement à la fois par les hommes et les femmes.

BISPIRITUEL/BISPIRITUELLE : identité spirituelle dans certaines communautés des Premières nations, métisses inuites (PNMI). L'incarnation des qualités à la fois masculines et féminines dans un même corps. Ce terme n'est pas utilisé dans toutes les communautés PNMI.

CISGENRE : personne dont l'identité de genre correspond au sexe qui lui a été attribué à la naissance.

CISNORMATIVITÉ : présomption selon laquelle toutes les personnes sont cisgenres, à savoir que les personnes dont le sexe assigné à la naissance est masculin deviennent des hommes à l'âge adulte, et que celles dont le sexe assigné à la naissance est féminin deviennent des femmes. Peut aussi désigner l'oppression vécue par les personnes transgenres dans une société qui représente les personnes cisgenres comme étant dominantes, normales et supérieures.

DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ : les facteurs sociaux et économiques qui influencent la santé des gens. Ces facteurs sont apparents dans les conditions de vie et de travail de tous les jours. Les DSS influencent la santé, en bien ou en mal, de nombreuses façons. Les écarts extrêmes dans les revenus et la richesse, par exemple, ont des conséquences négatives pour la santé des personnes vivant sous le seuil de la pauvreté, et ces effets sont amplifiés quand ces personnes sont rassemblées dans des régions pauvres. Par contre, les biens-nantis qui vivent dans des régions riches sont globalement en meilleure santé.

DISCRIMINATION : traitement injuste fondé sur l'appartenance réelle ou perçue à un groupe social traditionnellement marginalisé (p. ex., en raison de la race, du sexe, de l'orientation sexuelle, etc.).

ÉQUITÉ/ÉQUITABLE : l'équité est synonyme de justice. L'équité en matière de santé sous-entend que les besoins des personnes constituent le critère qui guide la distribution des possibilités favorisant le bien-être. L'équité en matière de santé n'est pas synonyme d'égalité dans l'état de santé. L'inégalité dans l'état de santé des individus et des populations est une conséquence inévitable des différences génétiques et des conditions socioéconomiques diverses, ou des choix personnels relatifs au mode de vie. L'iniquité, elle, est due aux différences sur le plan des possibilités et se traduit, entre autres, par un accès inégal aux services de santé, à des aliments nutritifs ou à un logement convenable. Dans ces cas, les inégalités dans l'état de santé sont des conséquences de l'iniquité des possibilités offertes dans la vie (Agence de la santé publique du Canada, 2007).

EXPRESSION DE GENRE : la façon dont les gens extériorisent leur identité de genre, par la façon dont ils s'habillent, agissent ou se présentent.

GAI/GAIE : personne attirée physiquement et affectivement par quelqu'un du même sexe. Le mot peut renvoyer tant aux hommes qu'aux femmes, mais il est habituellement utilisé en référence aux hommes seulement.

GENRE NON BINAIRE/QUEER : personne dont l'identité de genre ne correspond pas au sexe féminin ou masculin, qui se définit en dehors de la dualité homme-femme.

HÉTÉRONORMATIVITÉ : supposition ou croyance selon laquelle toute personne est hétérosexuelle jusqu'à preuve du contraire et, par défaut, est en relation avec une personne du sexe opposé.

HÉTÉROSEXUEL/HÉTÉROSEXUELLE : personne attirée par des personnes de sexe ou de genre opposé au sien.

HOMOPHOBIE/TRANSPHOBIE : haine irrationnelle des personnes LGBTQ+ ou qui sont perçues comme telles. Se traduit souvent par des préjugés, de la discrimination, de l'intimidation ou des actes de violence.

IDENTITÉ DE GENRE : sentiment interne ou conviction d'une personne d'être de sexe féminin ou masculin, une combinaison des deux ou ni l'un ni l'autre.

INFECTION TRANSMISSIBLE PAR LE SANG : infection transmise d'une personne à une autre par le sang par contact direct avec une lésion cutanée ou une muqueuse, ou transmise par la consommation de drogues injectables ou un contact sexuel (p. ex., hépatite B et C, VIH).

INFECTION TRANSMISSIBLE SEXUELLEMENT (ITS) : infection transmissible d'une personne à une autre lors d'un rapport sexuel vaginal, oral ou anal, ou par contacts génitaux de peau à peau. Les ITS sont regroupées en trois catégories : infections virales (p. ex., herpès génital, virus de l'immunodéficience humaine [VIH], hépatite B), infections bactériennes (p. ex., chlamydia, gonorrhée et syphilis) et infections parasitaires/fongiques (p. ex., trichomonase, poux du pubis, infection aux levures). Nota : l'expression « maladie transmise sexuellement » n'est plus utilisée.

INTERSEXE : terme général pour décrire une personne dont le sexe biologique ou assigné à la naissance présente naturellement des caractéristiques qui ne sont pas strictement masculines ou féminines.

LESBIENNE : femme attirée physiquement et affectivement par d'autres femmes.

LGBTQ+ : toutes les personnes ayant des identités de genre et des expériences d'attirance et d'orientation sexuelles diverses, y compris celles qui s'identifient comme lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres, bispirituelles, intersexes, queer ou en questionnement.

NALOXONE : un médicament qui neutralise l'effet d'une surdose d'opiacés. Les programmes d'administration de naloxone par les pairs forment des membres de la communauté à administrer de la naloxone s'ils sont témoins d'une surdose.

ORIENTATION SEXUELLE : identité d'une personne par rapport au genre par lequel elle est attirée.

PANSEXUEL/PANSEXUELLE : personne attirée physiquement et affectivement par des personnes de tous genres.

POSITIVITÉ SEXUELLE : respect de la diversité de la sexualité humaine. Le fait de parler aux usagers de leur sexualité ouvertement et sans jugement. Une approche sexuelle positive respecte les droits sexuels de chaque personne et reconnaît que toutes n'ont pas découvert ou vécu leur sexualité de manière positive et avec assurance.

PRATIQUE SENSIBLE AUX TRAUMATISMES ET À LA VIOLENCE : les soins sensibles aux traumatismes mettent l'accent sur la création d'environnements où les usagers ne subiront pas ou plus de traumatismes. Ils leur permettent également de prendre des décisions à l'égard de leurs besoins de traitement à un rythme sûr et confortable (BC Provincial Mental Health and Substance Use Planning Council, 2013). Les soins sensibles aux traumatismes et à la violence vont plus loin en reconnaissant et en intégrant l'ensemble des conditions sociales et structurelles qui influent sur la santé, y compris les politiques et pratiques institutionnelles (Varcoe et coll., 2016).

PRÉCAUTIONS UNIVERSELLES : méthode de contrôle des infections qui consiste à éviter le contact direct avec tout liquide organique par le port de gants, d'un masque facial et d'une variété d'autres protections, que l'état sanitaire du liquide organique soit connu ou non.

PROGRAMMES D'ACCESSOIRES D'INHALATION À MOINDRE RISQUE (ÉGALEMENT APPELÉS PROGRAMMES DE PIPES À CRACK À MOINDRE RISQUE) : des programmes où les personnes qui inhalent des substances reçoivent des accessoires d'inhalation neufs, comme des pipes, pour réduire et prévenir la transmission de l'hépatite C.

PROGRAMMES D'ÉCHANGE DE SERINGUES : des programmes fondés sur les preuves qui préviennent la transmission des ITSS. Les gens peuvent apporter les aiguilles et autres accessoires qu'ils utilisent pour s'injecter des substances et recevoir en retour des accessoires d'injection stériles. Ces programmes sont généralement offerts dans un lieu où diverses formes d'aide psychosociale ou de services de réorientation sont disponibles.

PROGRAMME DE DÉPENDANCE AUX OPIOÏDES : un programme pour les personnes qui aimeraient cesser de consommer des substances opiacées. Ces personnes reçoivent une ordonnance de méthadone ou un traitement de maintien à la Suboxone® en consultation externe. Dans le cadre d'un tel programme, les personnes ont accès à un grand nombre de mesures de soutien psychosocial pour aborder leur consommation de substances.

QUEER : terme longtemps utilisé comme synonyme à connotation négative d'homosexualité et encore souvent utilisé comme un terme désobligeant à l'égard des personnes LGBTQ. Plusieurs personnes et communautés LGBTQ se sont réapproprié le mot pour se désigner et pour définir des aspects de leur identité.

QUESTIONNEMENT (EN) : personne incertaine de son orientation sexuelle ou de son identité de genre et qui est en processus de découverte de soi.

RÉDUCTION DES MÉFAITS : approche d'intervention scientifique globale équitable qui reconnaît qu'une réduction de la consommation de substances ou qu'une approche fondée sur l'abstinence n'est pas requise pour avoir droit au respect, à la compassion ou à des services (adapté de StreetWorks, 2015).

RÔLES DE GENRE : Normes de comportements qui sont construites socialement et culturellement, comme le style de communication, les rôles familiaux et de carrière, auxquels on s'attend souvent de la part d'une personne en se fondant sur le sexe qui lui a été assigné (Société canadienne du sida, 2015).

SANTÉ SEXUELLE : état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence (Organisation mondiale de la Santé, 2006).

SEXE : catégorie assignée à la naissance en fonction des caractéristiques physiques et biologiques.

SITES D'INJECTION SUPERVISÉS : Des milieux de soins aux pratiques fondées sur les preuves où les personnes qui s'injectent des substances peuvent utiliser, sous la supervision d'infirmières, de travailleurs sociaux et d'autres personnels de santé, des substances illicites qu'ils se sont procurées personnellement, avoir accès à des seringues, des aiguilles et des boules d'ouate propres, et jeter leurs aiguilles usées en toute sécurité. Ces personnes peuvent aussi recevoir des soins médicaux, être conseillées et être orientées vers des services sociaux, de santé et de traitement de la consommation de substances (adapté de Santé Canada, 2008).

STIGMATISATION : répartie en 5 formes différentes (Stangl et coll., 2012, Loutfy et coll., 2012 et Corrigan et coll., 2004) :

- 1. STIGMATISATION EFFECTIVE** : englobe les actes de discrimination, comme l'exclusion ou la violence physique ou psychologique (imputables à l'identité ou à l'appartenance réelle ou perçue d'une personne à un groupe stigmatisé).
- 2. STIGMATISATION INSTITUTIONNELLE OU STRUCTURELLE** : d'un groupe de personnes par l'application de politiques et de procédures.
- 3. STIGMATISATION INTÉRIORISÉE** : acceptation par une personne de croyances, de points de vue et de sentiments négatifs à son égard et à l'égard du groupe auquel elle appartient.
- 4. STIGMATISATION MULTIDIMENSIONNELLE OU COMPOSÉE** : envers une personne possédant plus d'une identité stigmatisée (p. ex., séropositivité VIH, orientation sexuelle, race, origine ethnique).
- 5. STIGMATISATION PERÇUE** : conscience d'attitudes sociales négatives, peur de la discrimination et sentiments de honte.

TRANS/TRANSGENRE : personne dont l'identité de genre, l'expression de genre ou le comportement ne correspond pas à ceux associés au sexe qui lui a été assigné à la naissance.

APPENDIX H : RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES

LES ITSS ET LA STIGMATISATION

[Comment discuter de santé sexuelle, de consommation de substances et d'ITSS : un guide pour les dispensateurs de services](#), Association canadienne de santé publique, 2017

[Infections transmises sexuellement et par le sang \(ITSS\) : Outil d'auto-évaluation](#), Association canadienne de santé publique et A. Wagner, 2017

[Outil d'évaluation organisationnelle des ITSS et de la stigmatisation](#), Association canadienne de santé publique, 2017

[Réduire la stigmatisation et la discrimination par la protection de la vie privée et de la confidentialité](#), Association canadienne de santé publique et Réseau juridique canadien VIH/sida, 2017

SEXUALITÉ ET ITSS

[Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement](#), Agence de la santé publique du Canada, 2006

CATIE, <http://www.catie.ca/>
Information sur le VIH-sida et l'hépatite C au Canada

Le sexe et moi, <http://www.sexandu.ca/fr/>
Information et sensibilisation sur des thèmes liés à la santé sexuelle et génésique

Native Youth Sexual Health Network, <http://www.nativeyouthsexualhealth.com/>
Organisme par et pour les jeunes autochtones qui aborde les questions de santé sexuelle et génésique, de droits et de justice

LGBTQ

Egale, <http://egale.ca/>
Organisme de bienfaisance national promulguant les droits des personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles et trans (LGBT) par la recherche, la sensibilisation et la mobilisation communautaire

Santé arc-en-ciel Ontario, <http://www.rainbowhealthontario.ca/fr/>
Information et appui liés à la santé et au bien-être des personnes LGBTQ en Ontario

Enfants transgenres, <http://enfantstransgenres.ca/>
Ressource canadienne d'appui et d'affirmation pour les enfants transgenres dans leurs familles, leurs écoles et leurs communautés

SOINS SENSIBLES AUX TRAUMATISMES ET À LA VIOLENCE

[Les traumatismes : Deuxième édition](#), Klinik Community Health Centre, 2013

Violence, Evidence, Guidance and Action (VEGA) Project, <https://projectvega.ca/>

Un projet national d'élaboration de directives, de protocoles, de curriculum et d'outils de santé publique pancanadiens liés à la violence familiale à l'intention des dispensateurs de services sociaux et de santé

RÉDUCTION DES MÉFAITS

[Recommandations de pratiques exemplaires pour les programmes canadiens de réduction des méfaits qui fournissent des services aux utilisateurs de drogues qui sont à risque de contracter le VIH et le VHC, et d'autres méfaits : Partie 1](#), Groupe de travail sur les pratiques exemplaires pour les programmes de réduction des méfaits au Canada, 2013

[Recommandations de pratiques exemplaires pour les programmes canadiens de réduction des méfaits auprès des personnes qui consomment des drogues et qui sont à risque pour le VIH, le VHC et d'autres méfaits pour la santé : Partie 2](#), Groupe de travail sur les pratiques exemplaires pour les programmes de réduction des méfaits au Canada, 2015

DIVULGATION DU VIH ET LE DROIT**Réseau juridique canadien VIH/sida**, <http://www.aidslaw.ca>

Organisme de bienfaisance national promulguant les droits humains des personnes vivant avec le VIH et le sida et vulnérables à l'épidémie, au Canada et dans le monde

[La divulgation du VIH et le droit : Une trousse de ressources pour les fournisseurs de services](#), Réseau juridique canadien VIH/sida et coll., 2012

Si vous avez une usagère ou un usager qui est accusé de non-divulgation du VIH ou qui croit faire l'objet d'une enquête, contactez les organismes si-dessous :

■ Canada :

Réseau juridique canadien VIH/sida : www.aidslaw.ca
Tél. : +1 416 595-1666
Télec. : +1 416 595-0094
Courriel : info@aidslaw.ca

■ Ontario :

HIV & AIDS Legal Clinic Ontario (HALCO) : www.halco.org
Tél. : +1 416 340-7790 or +1 888 705-8889
Télec. : +1 416 340-7248
Courriel : talklaw@halco.org

■ Québec :

Coalition communautaire des organismes québécois de la lutte contre le sida (COCQ-SIDA) — Clinique d'information juridique VIH info droits : www.cocqsida.com

Tél. : +1 514 844-2477 (ext. 34)

Sans frais (à l'extérieur de Montréal) : +1 866 535-0481 (ext. 34)

Courriel : vih-infodroits@cocqsida.com

■ Soutien aux personnes incarcérées :

Réseau d'action et de soutien pour les prisonniers et les prisonnières vivant avec le VIH/sida (PASAN) : www.pasan.org

Sans frais : +1 866 224-9978

Tél. : +1 416 920-9567