

ComPaRe

Protocole de recherche :

Etude des facteurs cliniques et sociodémographiques associés au sentiment d'autostigmatisation dû à l'usage de drogues

Responsable principal du projet

Nom	Airagnes
Prénom	Guillaume
Affiliation(s)	AP-HP. Centre-Université Paris Cité
Mail	guillaume.airagnes@aphp.fr
Téléphone	0620082436

Comité scientifique

Nom	Grade/Titre	Affiliation(s)
Cédric Lemogne	PU-PH	AP-HP.Centre-Université Paris Cité
Cloé Lucet	PH	GHU PPN
Jean-Maxence Granier	Patient expert	ASUD/FPEA
Lise Gaudin	Chargée de projet	AP-HP.Centre-Université Paris Cité

1. Contexte spécifique

L'autostigmatisation, ou stigmatisation intériorisée, peut être définie par une autodépréciation aboutissant à la crainte d'être identifié à un groupe socialement stigmatisé, avec pour conséquences potentielles d'être une entrave dans la réalisation de ses objectifs via un évitement des expériences sociales nécessaires pour les atteindre (Luoma et al., 2013). L'autostigmatisation, selon le modèle théorique de Corrigan, résulte d'un processus en 4 étapes : 1) avoir conscience que l'usage de drogues est un comportement stigmatisé ; 2) adhérer aux croyances associées à ce sentiment de stigmatisation ; 3) appliquer ces croyances à soi-même ; 4) faire l'expérience du retentissement négatif sur soi de ces croyances stigmatisantes, aboutissant notamment à un sentiment d'autodépréciation (Milan et Varescon, 2021).

De toutes les maladies mentales, les troubles de l'usage de substances sont ceux dans lesquels le sentiment d'autostigmatisation pourrait être le plus fort (Tanriverdi et al., 2019 ; Milan et Varescon, 2021). Le sentiment d'autostigmatisation chez les usagers de substances psychoactives a pour conséquence d'engendrer un défaut d'accès aux soins alors qu'il s'agit d'un des problèmes majeurs en addictologie (Milan et Varescon, 2021). A titre d'exemple, on estime que moins de 20% des patients alcoolodépendants bénéficient de soins addictologiques dans les pays occidentaux (Wong, 2005; Oleski, 2010). L'autostigmatisation aurait également pour conséquence des soins plus difficiles (durée d'hospitalisation plus longue, répétition des hospitalisations) ainsi qu'une moindre adhésion aux stratégies de réduction des risques et des dommages (moindre fréquentation des programmes d'échanges de seringues) (Milan et Varescon, 2021). Par ailleurs, le sentiment d'autostigmatisation a des conséquences négatives sur l'estime de soi et la qualité de vie, qui sont en soi des facteurs de risque de consommation de substances psychoactives (Luoma et al., 2013).

Avant de conduire des interventions destinées à moduler le sentiment d'autostigmatisation afin d'en réduire ses conséquences délétères sur la santé parmi les usagers de drogues, il convient de mieux comprendre quels sont les facteurs cliniques et sociodémographiques qui y sont associés.

Auprès d'une population de 120 patients résidant dans un centre de soins addictologiques des USA, Brown et al. ont étudié de façon transversale les facteurs sociodémographiques et cliniques associés à l'autostigmatisation, mesurée avec la Substance Abuse Self-Stigma Scale-SASSS (Brown et al., 2015). Les facteurs sociodémographiques étaient limités à l'âge, le sexe, le niveau d'éducation et le statut vis-à-vis de l'emploi. Les patients ayant un emploi avaient des scores significativement plus faibles aux sous-échelles d'autodépréciation et de peur d'être stigmatisé. Aucune des variables relatives au

traitement actuel (nombre de jours dans le programme, assiduité aux séances, antécédent des soins addictologiques, soins contraints) n'était significativement associée à l'autostigmatisation. En revanche, la fréquence de consommations ainsi que la consommation d'antalgiques étaient significativement associées à l'autostigmatisation. Le nombre de troubles de l'usage était positivement associé aux sous-scores d'autodépréciation et de peur de la stigmatisation. La dépression et l'anxiété étaient positivement associés à toutes les sous-échelles à l'exception du retentissement sur le projet de vie. La qualité de vie était négativement associée à toutes les dimensions de l'autostigmatisation. Outre le fait que cette population était particulière du fait qu'il s'agissait d'une enquête conduite auprès de patients en soins résidentiels et qu'ils consommaient majoritairement des amphétamines et du cannabis, d'autres facteurs sociodémographiques et cliniques devraient être étudiés. Par ailleurs, la taille d'échantillon ne permettait pas de réaliser des analyses stratifiées du fait d'une faible puissance statistique.

La littérature n'est pas consensuelle sur les types d'usages qui sont le plus associés à l'autostigmatisation. Alors que Brown et al. n'ont pas identifié de type de trouble de l'usage plus particulièrement associé au sentiment d'autostigmatisation, des études plus récentes ont identifié le trouble de l'usage de l'alcool, et la consommation de crack comme particulièrement associés à l'autostigmatisation (Milan et Varescon, 2021). Par ailleurs, d'autres auteurs ont évoqué le sentiment d'autostigmatisation chez les fumeurs (R.J. Evans-Polce et al., 2015). Enfin, le contexte socioculturel semble jouer un rôle important. Par exemple, une étude indienne a montré un moindre sentiment d'autostigmatisation chez les consommateurs d'opium (Milan et Varescon, 2021).

Ce projet vise à proposer aux participants à la cohorte Compare Pratiques addictives de renseigner la Substance Abuse Self-Stigma Scale-SASSS (Luoma et al., 2013), une échelle standardisée d'évaluation du sentiment d'autostigmatisation, avec pour objectif d'identifier les facteurs cliniques (types de consommation, sévérité des troubles de l'usage, anxiété, dépression, sommeil, incapacité physique, limitations) et sociodémographiques (age, sexe, niveau de vie, statut marital et familial, lien social, rôles sociaux) qui sont particulièrement associés au sentiment d'autostigmatisation (Milan et Varescon, 2021 ; Safari et al., 2022).

2. ComPaRe : Communauté de Patients pour la Recherche

Le présent projet sera niché dans la *Communauté de Patients pour la Recherche (ComPaRe)* (www.compare.aphp.fr). ComPaRe est un projet porté par l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris et l'Université de Paris Cité visant à accélérer la recherche sur les maladies chroniques. ComPaRe s'appuie sur une e-cohorte de patients adultes, souffrant d'une maladie chronique. L'objectif est de recruter 100 000 patients en 10 ans et de les suivre pendant 10 ans.

Dans ComPaRe, les participants sont suivis via des questionnaires en ligne permettant de collecter des critères de jugement rapportés par les patients (en anglais « Patient Reported Outcome Measures » [PROMS]) ou des expériences rapportées par les patients (Patient Reported Experience Measures [PREMS]).

Les données rapportées directement par les patients ont pour objectif d'être enrichies par d'autres sources de données telles que :

- Données provenant de bases médico-administratives (e.g. SNDS)
- Données hospitalières (entrepôts de données hospitaliers)
- Données provenant des outils connectés des patients (mesure de l'activité physique, du sommeil, glycémie)
-

2.1. ComPaRe : une plateforme de recherche

ComPaRe est une infrastructure de recherche permettant à toute équipe de recherche publique (hospitalière, universitaire ou institutionnelle) d'utiliser des données collectées dans ComPaRe ou de demander la collecte de nouvelles données (e.g., en ajoutant de nouveaux questionnaires en ligne) pour répondre à des questions de recherche sur les maladies chroniques.

Le modèle permet d'accélérer la recherche dans les maladies chroniques en:

- *Simplifiant le recrutement des participants dans la recherche clinique.* Le recrutement des patients est réalisé une seule fois. Ensuite, les patients peuvent participer aux études qui les concernent et qui les intéressent.
- *Simplifier la réalisation de recherches nécessitant l'accès à des données externes (entrepôts de données hospitaliers, SNIIRAM, objets connectés etc.).*
- *Améliorant le partage de données.* Toutes les informations recueillies pourront être réutilisées. Ceci allègera le fardeau des participants qui ne devront pas répondre

plusieurs fois à la même question, posée par des chercheurs différents ; limitant un « gâchis de la recherche »

- *Réduisant les coûts liés à la recherche avec une plateforme commune.* La plateforme ne sera construite qu'une seule fois et servira de multiples fois. Toutes les améliorations bénéficieront à l'ensemble des recherches qui y sont (et seront) menées.

3. Objectifs

Etudier quels facteurs cliniques et sociodémographiques sont associés à un sentiment d'autostigmatisation au sein de la population de l'ensemble des usagers réguliers de substances psychoactives incluse dans la cohorte Compare Pratiques addictives.

4. Design

Étude observationnelle transversale.

4.1. Patients participants

Les critères d'éligibilité sont :

Parmi tous les participants à Compare Pratiques addictives :

- Avoir complété la Substance Abuse Self-Stigma Scale – SASSS.
- Avoir au moins un usage régulier de substance psychoactive selon l'ASSIST à l'exception du tabac et de la cigarette électronique.

4.2. Modalités de recrutement

Proposition à tous les participants à Compare Pratiques addictives de compléter la Substance Abuse Self-Stigma Scale – SASSS dès lors qu'ils ont répondu « oui » à au moins l'un des critères d'éligibilité suivant (WHO, 2010) :

- Score total à l'ASSIST à l'inclusion pour les boissons alcooliques > 10
- Score total à l'ASSIST à l'inclusion pour le cannabis > 3
- Score total à l'ASSIST à l'inclusion pour les cannabinoïdes de synthèse > 3
- Score total à l'ASSIST à l'inclusion pour la cocaïne > 3
- Score total à l'ASSIST à l'inclusion pour les stimulants > 3
 - Sauf si l'usage est uniquement dans le cadre d'une prescription médicale
- Score total à l'ASSIST à l'inclusion pour les cathinones > 3
- Score total à l'ASSIST à l'inclusion pour les poppers, colles et autres solvants inhalés > 3
- Score total à l'ASSIST à l'inclusion pour le protoxyde d'azote > 3
- Score total à l'ASSIST à l'inclusion pour les anxiolytiques ou somnifères > 3
 - Sauf si l'usage est uniquement dans le cadre d'une prescription médicale
- Score total à l'ASSIST à l'inclusion pour les hallucinogènes > 3
- Score total à l'ASSIST à l'inclusion pour les opiacés > 3
 - Sauf si l'usage est uniquement dans le cadre d'une prescription médicale, à l'exception de la méthadone et de la buprénorphine
- Score total à l'ASSIST à l'inclusion pour le GHB, GBL, BD > 3

4.3. Détails méthodologiques

Réanalyse des données collectées de l'échelle SASSS (envoyée à tous les patients inclus dans Compare Pratiques addictives).

5. Données recueillies

5.1. Données issues de ComPaRe Pratiques addictives

Donnée collectée ou instrument utilisé	Moment de la collecte
<p>Statut vis-à-vis :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Du tabac - De l'alcool - Du cannabis - De la cocaïne/crack - Médicaments psychotropes : <ul style="list-style-type: none"> ○ Anxiolytiques ou somnifères de type BZD ○ Antalgiques dérivés des opiacés (tramadol, codéine, morphine, oxycodone, dérivés du fentanyl) ○ Buprénorphine (Subutex) ou méthadone : TSO - Autres substances illicites : <ul style="list-style-type: none"> ○ CBD ○ Cannabinoïdes de synthèse (spice, " encens ") ○ Héroïne ○ Stimulants (3MMC, sels de bain, 4-MEC, PVP, MDPV, méphédrone, miaou miaou...) ○ Popers, colles, autres solvants inhalés ○ GHB, GBL, BD ○ Hallucinogènes (LSD, Champi, PCP, kétamine, K, spécial K...) ○ Protoxyde d'azote 	<p><i>A l'inclusion dans ComPaRe Pratiques Addictives – dans le questionnaire ASSIST</i></p> <p><i>(Dernières données renseignées)</i></p>
<p>Module commun à Compare Dépression</p> <ul style="list-style-type: none"> - Questions sociodémographiques et socioprofessionnelles 	<p><i>A l'inclusion dans ComPaRe Pratiques Addictives</i></p>

<ul style="list-style-type: none"> - WHODAS 2.0 - RESEAU SOCIAL - Rôles sociaux 	<i>(Dernières données renseignées)</i>
--	--

5.2. Données ComPaRe utilisées

En plus des données spécifiques au projet, des données recueillies pour tous les patients, dans le cadre du suivi général de ComPaRe peuvent être utilisées :

Donnée requise	Moment de la collecte
<p>Caractéristiques sociodémographiques des patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Age</u> (continu) - <u>Sexe</u> (H/F) - <u>Niveau d'éducation</u> (7 classes) - <u>Situation du foyer</u> - <u>Niveau de vie</u> (échelle EPICES) - <u>Statut professionnel</u> 	<i>Au moment de l'inclusion dans ComPaRe</i>
<p>Caractéristiques cliniques des patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Maladie chronique (type)</u> - <u>Nombre de maladie chronique</u> 	<i>Au moment de l'inclusion dans ComPaRe</i>
<ul style="list-style-type: none"> - <u>Symptômes dépressifs (PHQ-9)</u> - <u>Symptômes d'anxiété (GAD-7)</u> - <u>Sommeil (échelle PSQI)</u> 	<i>Dernier suivi disponible</i>

6. Analyses statistiques

L'analyse des données de la cohorte sera réalisée par

Guillaume Airagnes

6.1. Variables à but descriptif

- Caractéristiques sociodémographiques des patients (énumérées au point 5.2)

- Caractéristiques cliniques des patients (énumérées au point 5.2)

6.2. Critères d'évaluation

Les variables d'intérêt (variables dépendantes) sont les quatre scores à la Substance Abuse Self-Stigma Scale – SASSS (Luoma et al., 2013 ; Brown et al., 2015). Cet autoquestionnaire vise à explorer les expériences rapportées par les usagers de drogues à propos de leur sentiment d'autostigmatisation vis-à-vis de leurs usages de drogues (Patient Reported Experience Measures [PREMS]). La SASS comprend un total de 40 items, et elle s'analyse par le biais de scores à 4 sous-échelles :

1. Autodépréciation (8 items cotés de 1 à 5)
2. Peur d'être stigmatisé (9 items cotés de 1 à 5)
3. Tentatives de réduire, d'éviter ou d'échapper à la stigmatisation (13 items cotés de 1 à 5)
4. Retentissement sur les objectifs de vie (10 items cotés de 1 à 5)

6.3. Variables d'ajustement

Les variables suivantes seront testées comme variables potentiellement confondantes, médiatrices ou modératrices : dépression, anxiété, statut marital, limitations, incapacités, lien social, rôle social.

Les variables suivantes seront testées comme variables potentiellement médiatrices ou modératrices : niveau de vie, sommeil.

Les variables sociodémographiques (âge, sexe, niveau d'éducation) seront testées comme variables potentiellement confondantes ou modératrices.

L'activité physique sera testée comme variable potentiellement modératrice.

6.4. Sous-groupes prévus

Stratifications en cas de significativité des tests d'interaction lors de l'examen des facteurs potentiellement modérateurs.

6.5. Plan d'analyse détaillé

Après une description des caractéristiques cliniques et sociodémographiques de la population incluse en fonction des scores aux 4 dimensions de la SASSS, un modèle linéaire généralisé sera construit pour tester les associations entre les types d'usages de substances (variables indépendantes) et les scores totaux aux quatre sous-échelles de la SASSS (variables dépendantes). Après réalisation de modèles univariés, les modèles multivariés viseront à tester les variables d'ajustement décrites en 6.3 comme variables potentiellement confondantes, médiatrices, ou modératrices en fonction du contexte.

Etant donné qu'il n'existe pas de seuils pour l'analyse catégorielle des scores à la SASSS, des analyses préliminaires seront effectuées pour comprendre la distribution de ces variables dans notre échantillon et rechercher si certains items peuvent avoir une valeur cliniquement significative plus importante.

La gestion des données manquantes se fera par imputations multiples.

7. Gestion du projet

Ce projet sera piloté par un **Comité scientifique spécifique (Comité de pilotage)** qui a pour rôle de :

- Définir le projet et veiller à sa rigueur scientifique,
- Valider les outils de recueil de données,
- Proposer les éléments d’animation scientifique
- Superviser l’analyse des données et la suppression des données à la fin du projet
- Rapporter de manière transparente l’ensemble des résultats du projet.
- Rédiger un rapport final destiné aux personnes ayant participé

8. Aspects éthiques et réglementaires

- Le projet ComPaRe a reçu un avis favorable par le Comité de protection des personnes – Ile de France 1 (IRB : 0008367).
- Le projet ComPaRe a reçu un avis favorable du Comité consultatif sur le traitement de l’information en matière de recherche dans le domaine de la santé (CCTIRS) sous le numéro 16-395bis.
- Le projet a reçu un avis favorable de la CNIL, sous le numéro de dossier n°916397 (DR-2016-459) en date du 25/11/2016.
- Le projet a reçu un avis favorable du CEREES (11 avril 2019).

8.1. Ce projet spécifique a obtenu les autorisations suivantes

Aucune autorisation spécifique n’est nécessaire pour ce projet (il est déjà couvert par les autorisations du projet ComPaRe en général)

8.2. Gestionnaire de la recherche

L’Assistance Publique – Hôpitaux de Paris sera le gestionnaire de la recherche. Le Département de la Recherche Clinique et du Développement (DRCD) en sera son représentant.

L’Assistance Publique – Hôpitaux de Paris se réserve le droit d’interrompre la recherche à tout moment pour des raisons administratives.

Le responsable scientifique, également investigateur coordonnateur, s’engage à fournir au gestionnaire les informations relatives aux inclusions des participants dans la recherche.

Toute modification du protocole de recherche devra être soumise au gestionnaire.

8.3. Encadrement réglementaire de la recherche

Conformément à la loi °78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel et son décret d'application n° 2005-1309 du 20 oct. 2005, ComPaRe a obtenu l'autorisation du CCTIRS N° 16.395 et de la CNIL N° 916397.

8.4. Qualification des intervenants

Les membres de l'équipe porteuses du présent projet sont habilités à mener les tâches qui leur incombent, c'est-à-dire qu'ils disposent des compétences appropriées et documentées.

8.5. Protection des données

La Direction des Services Informatiques (DSI) de l'AP-HP assure le développement, l'hébergement, le maintien en conditions opérationnelles et l'exploitation de la plateforme ainsi que de l'application ComPaRe. Elle met en œuvre tous ses moyens techniques afin de garantir une sécurisation adéquate des données.

8.6. Saisie des données

Les patients saisiront directement leurs questionnaires dans un espace personnel sécurisé, protégé par un identifiant et un mot de passe, sur un serveur accessible, sécurisé par un certificat, et placé derrière un « firewall ».

8.7. Confidentialité et sécurisation des données

Toute information concernant les participants sera confidentielle et l'identité du participant sera strictement préservée.

Toutes les données à caractère personnel recueillies auprès des patients seront sécurisées et encryptées en cas d'échanges de données ; les communications entre les participants ou les chercheurs et la plateforme seront cryptés par SSL (https).

- Un nombre restreint de personnes habilitées (au sein de l'équipe ComPaRe) aura accès aux données directement nominatives, à des fins exclusivement logistiques et scientifiques. Elles prendront toutes les précautions nécessaires en vue d'assurer la confidentialité de ces données.
- Toutes les données seront conservées sur deux serveurs sécurisés, et traitées de façon strictement confidentielle.

- Les données complétées sur le site seront stockées sur des serveurs agréés pour l'hébergement de données médicales.
- Les deux serveurs seront garantis d'avoir un haut niveau de sécurité.

8.8. Accès aux données

Seuls les chercheurs habilités et les intervenants en charge de la coordination de la recherche auront accès aux données, et cela uniquement pendant la durée de celle-ci.

8.9. Destruction des données

Les données des participants peuvent être conservées jusqu'à deux ans après la dernière publication des résultats de la recherche (i.e. fin du suivi du dernier participant recruté) ou, en cas d'absence de publication, jusqu'à la signature du rapport final de la recherche. Elles sont ensuite archivées, conformément à la loi Informatique, Fichiers et Libertés.

Le responsable de l'étude doit préciser les modalités de destruction des données une fois les analyses réalisées. A noter que les données de recherche utilisées seront archivées et disponibles au sein de la plateforme ComPaRe.

8.10. Information et consentement des participants

8.10.1. Information

Lors de leur inscription en ligne, les participants devront consulter la note d'information expliquant le cadre et les objectifs de ComPaRe. Ils seront informés du respect de la stricte confidentialité de leurs données ainsi que de leurs droits relatifs à la loi Informatique, Fichiers et Libertés. Il leur sera notamment notifié qu'à tout moment ils pourront exercer leur droit d'accès et de rectification des données, conformément à la loi 78-17 du 06 janvier 1978 relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés, modifiée par la loi n°94-548 du 1er juillet 1994, relative au traitement des données nominatives ayant pour fin la recherche dans le domaine de la santé.

8.10.2. Consentement

Les participants déjà inscrits dans ComPaRe auront préalablement signés le formulaire de consentement général et pourront participer à ce projet.

Dans le cadre de cette étude, une nouvelle collecte de données est prévue par le biais d'un ou plusieurs questionnaires en ligne. Les personnes inscrites sur ComPaRe seront invitées à participer et pourront accepter ou décliner l'invitation et ne pas être contactées de nouveau pour cette étude. Au moment de ce choix, les participants seront informés de l'identité du

responsable de l'étude, des objectifs de l'étude, et des types de données recueillies dans le(s) questionnaire(s).

8.11. Publication et communications

Les résultats des travaux réalisés à partir des données de la cohorte ComPaRe doivent être rendus publics, si possible sous la forme de publications scientifiques.

La rédaction d'un rapport final à destination des personnes ayant participé doit être envoyée à l'équipe ComPaRe, une fois les analyses finalisées.

La mention que la recherche a été réalisée dans le cadre de la cohorte ComPaRe doit être faite dans toute les publications ou communications scientifiques. Ceci est généralement réalisé dans la partie méthodes (par exemple : « sources des données). **Le mot « ComPaRe » doit figurer autant que possible dans le titre de toute publication.**

De même, le financement initial de la cohorte par le Centre d'Epidémiologie clinique de l'Hôtel Dieu, l'AP-HP et l'Université Paris Cité devra être mentionné dans chaque publication.

Les signataires des papiers utilisant les données ComPaRe doivent être déterminés en accord avec les équipes impliquées, l'organisation de la recherche et le recueil des données

Les membres de l'équipe ComPaRe pourront être considérés comme co-auteurs, en fonction de leur implication dans les projets, selon les règles ICMJE. (<http://www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibilities/defining-the-role-of-authors-and-contributors.html>).

Le responsable d'un projet de recherche est tenu de communiquer à l'équipe ComPaRe une copie des manuscrits avant soumission pour publication. Il s'engage à prendre en compte les éventuelles modifications suggérées par l'équipe ComPaRe.

9. Bibliographie

Humeniuk R, Henry-Edwards S, Ali R, Poznyak V, Monteiro MG, Organization WH. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): manual for use in primary care. 2010.

Tanriverdi D, Kaplan V, Bilgin S, Demir H. The comparison of internalized stigmatization levels of patients with different mental disorders. *Journal of Substance Use*. 2020;25(3):251-7.

Milan L, Varescon I. Stigmatisation intériorisée et consommation de substances psychoactives: revue systématique de la littérature. *Psychologie Française*. 2022;67(2):99-128.

Saffari M, Chang K-C, Chen J-S, Chang C-W, Chen I-H, Huang S-W, et al. Temporal associations between depressive features and self-stigma in people with substance use disorders related to heroin, amphetamine, and alcohol use: a cross-lagged analysis. *BMC psychiatry*. 2022;22(1):815.

Kulesza M, Watkins KE, Ober AJ, Osilla KC, Ewing B. Internalized stigma as an independent risk factor for substance use problems among primary care patients: Rationale and preliminary support. *Drug and alcohol dependence*. 2017;180:52-5.

Docksey AE, Gray NS, Davies HB, Simkiss N, Snowden RJ. The Stigma and Self-Stigma Scales for attitudes to mental health problems: Psychometric properties and its relationship to mental health problems and absenteeism. *Health psychology research*. 2022;10(2).

Brown SA, Kramer K, Lewno B, Dumas L, Sacchetti G, Powell E. Correlates of self-stigma among individuals with substance use problems. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2015;13:687-98.

Benz MB, Cabrera KB, Kline N, Bishop LS, Palm Reed K. Fear of stigma mediates the relationship between internalized stigma and treatment-seeking among individuals with substance use problems. *Substance use & misuse*. 2021;56(6):808-18.

ANNEXE. Substance Abuse Self-Stigma Scale – SASSS (Luoma et al., 2013)

Dans ce questionnaire, nous utilisons les termes "problème de substances" ou "problème avec les substances" pour désigner les problèmes que vous avez rencontrés en raison de votre consommation de drogues ou d'alcool (le tabac n'est pas pris en compte dans ce questionnaire).

Première partie

Vous trouverez ci-dessous une liste d'affirmations décrivant des pensées ou des sentiments que vous pouvez avoir de temps en temps ou qui vous sont familiers. La plupart de ces affirmations décrivent des pensées et des sentiments qui sont généralement douloureux ou négatifs d'une manière ou d'une autre. Essayez d'être aussi honnête que possible dans vos réponses.

Dans l'état actuel des choses, évaluez la fréquence à laquelle vous avez les pensées ou les expériences énumérées ci-dessous. Utilisez l'échelle ci-dessous pour faire votre choix. N'entourez qu'un seul chiffre et n'intercalez pas de chiffre entre les deux.

	Jamais ou					
	presque jamais		Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
	1	2	3	4	5	
1.	Je pense que l'une des principales raisons de mes problèmes avec les substances est mon propre manque de caractère.					

- | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|
| 2. | J'ai l'impression que je devrais avoir honte de moi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. | Je pense que je mérite les mauvaises choses qui me sont arrivées. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. | J'ai l'impression qu'on ne peut pas me faire confiance. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. | Je me sens inférieur aux personnes qui n'ont jamais eu de problème avec les substances. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. | Je ne me sens pas à ma place dans le monde à cause de mes problèmes de substances. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. | Je pense que j'ai définitivement gâché ma vie en consommant des substances. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. | J'ai honte de moi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Deuxième partie

Veillez lire chaque affirmation ci-dessous et entourez le chiffre correspondant au nombre de personnes qui, selon vous, réagiraient à votre égard de la manière décrite. Veillez utiliser l'échelle ci-dessous et n'omettre aucun élément.

	Peu de personnes (0-20 %)	Certaines personnes (20-40 %)	Nombreuses personnes (40-60 %)	La plupart des personnes (60-80 %)	Presque toutes les personnes (80-100 %)
1. Les gens pensent que je ne vaudrais rien s'ils connaissent mon passé de consommateur de substances.	1	2	3	4	5
2. Mon entourage soupçonnera toujours que j'ai recommencé à consommer des substances.	1	2	3	4	5
3. Les personnes qui n'ont pas d'antécédents de consommation de substances psychoactives ne pourront jamais vraiment me comprendre.	1	2	3	4	5
4. Un recruteur ne m'embaucherait pas si je mentionnais mes antécédents de consommation de	1	2	3	4	5

substances lors d'un entretien d'embauche.

5. Si quelqu'un découvrirait mon passé de consommateur de substances, il s'attendrait à ce que je sois quelqu'un de faible.

	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

6. Les gens auraient peur de moi s'ils connaissaient mon passé de consommateur de substances.

	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

7. Si quelqu'un découvrirait mon passé de consommateur de substances, il douterait de ma personnalité.

	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

8. Les gens penseront que j'ai peu de talent ou de compétences s'ils connaissent mes antécédents de consommateur de substances.

	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

9. Les gens pensent que les mauvaises choses qui me sont arrivées sont de ma faute.

	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

Troisième partie

Vous trouverez ci-dessous une liste d'affirmations. Veuillez évaluer dans quelle mesure chaque affirmation est vraie pour vous en inscrivant un chiffre à côté d'elle. Utilisez l'échelle ci-dessous pour faire votre choix.

	Jamais ou				
	presque jamais				Très souvent
		Rarement	Parfois	Souvent	
Je choisirais d'éviter une personne qui semble intéressée par mon amitié si je savais qu'elle n'a jamais consommé de substances.	1	2	3	4	5
Je fais des choses qui me font du bien, même si j'ai l'impression de ne pas le mériter.	1	2	3	4	5
Si quelque chose est important pour moi, je continue à le faire, même si je me sens incompetent.	1	2	3	4	5
Lorsque je me sens incompetent dans un domaine, j'arrête d'essayer.	1	2	3	4	5
Je suis prêt à me retrouver dans des situations où je peux me sentir différent des autres.	1	2	3	4	5

- | | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|---|
| 6. | Je continue à vivre, même si je me sens coupable. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. | Je parle ouvertement de mon passé de consommateur de substances à la plupart des gens. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. | J'ai fait beaucoup d'efforts pour cacher mon passé de consommateur de substances. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. | J'évite de faire des choses qui me seraient reprochées si elles ne fonctionnaient pas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. | Je n'essaierais pas de remplir des rôles qui requièrent d'être une personne de caractère. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. | La honte m'empêche de vivre ma vie comme je l'entends. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

- | | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|---|
| 12. | Je poursuis des objectifs importants dans la vie, même lorsque je crains de ne pas aller jusqu'au bout. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. | Je peux donner une direction à ma vie même si je me sens désespéré. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. | Même si je savais que l'employeur n'aimait pas embaucher des personnes en rétablissement, je postulerais quand même à un emploi s'il m'intéressait. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. | Je mentirais à mes proches au sujet de ma consommation de substances psychoactives si j'étais sûr qu'ils ne le découvriraient jamais. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. | J'évite les situations où une autre personne pourrait dépendre de moi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. | J'évite les situations qui me font sentir différent. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

- | | | | | | | |
|-----|--|---|---|---|---|---|
| 18. | Je ne supporte pas d'avoir l'impression que les mauvaises choses qui m'arrivent sont de ma faute. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. | Je sacrifierais volontiers des choses importantes dans ma vie pour me sentir à ma place. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. | Le fait de me reprocher mes antécédents de consommation de substances m'empêche de réussir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. | Je peux fixer un cap dans ma vie et m'y tenir, même lorsque j'ai l'impression d'être une mauvaise personne. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. | Si je n'avais pas d'emploi, je continuerais à en chercher un, même si c'était sans espoir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. | Je sacrifierais volontiers des objectifs importants de ma vie si cela me permettait de me sentir mieux dans ma peau. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

