

Troubles liés à l'usage de substances : langage de l'addiction, pourvoyeur (in)conscient de stigmas

Substance use disorder: the language of addiction, the (un)conscious source of stigma

RICHELLE L.^{1,2}, HUBERLAND V.^{1,2}, NOUWYNCK S.³ et CARDON P.¹

¹ Unité de Recherche en Soins Primaires ULB

² Département de médecine générale

³ Cellule d'Appui Pédagogique

Faculté de Médecine

Université Libre de Bruxelles (ULB)

RÉSUMÉ

De nombreux stigmas existent par rapport aux personnes ayant un trouble lié à l'usage de substances. Le langage utilisé peut véhiculer consciemment ou non des stigmas et de ce fait des jugements de valeurs qui diminuent la qualité des soins. Utiliser un vocabulaire neutre, scientifique et précis est essentiel pour être respectueux de la personne et de sa dignité, en considérant celle-ci comme porteuse de maladie et non définie par la maladie. Nous proposons dans cet article quelques recommandations en ce sens. L'utilisation de termes connotés négativement fait encore partie du langage courant des professionnel.les de santé et de la société, un changement doit pouvoir s'opérer pour améliorer l'accès de ces personnes à des soins de santé de qualité.

Rev Med Brux 2023 ; 44 : 371-377

Mots-clés : trouble lié à l'usage de substances, stigmatisation, langage, soins centrés sur les patients, accès aux soins

ABSTRACT

Many stigmas exist in relation to people with a substance use disorder. The language may consciously or unconsciously convey stigmas and therefore value judgements that lower quality of healthcare. Using a neutral, scientific and precise terminology is essential in health to be respectful of the person and his/her dignity, considering the person with a disease and not defined by the disease. In this article, we propose some guidelines in this direction. The use of negative terms is still part of the everyday language of health professionals and society. A change must be made to improve access to quality of health care for this population.

Rev Med Brux 2023 ; 44 : 371-377

Key-words: substance use disorder, stigmatisation, language, patient-centered care, access to care

INTRODUCTION

Il ne faut pas négliger l'importance du choix des mots et l'impact que ceux-ci peuvent avoir sur la qualité de soins. Il a été montré que le vocabulaire choisi peut façonner le regard porté sur la maladie, influencer les représentations que les professionnel.les de santé ont de ces situations et *de facto* les attitudes qu'ils et elles adoptent ainsi que la société vis-à-vis des personnes porteuses de ces maladies¹. En effet le langage est un déterminant de notre pensée et par conséquent de nos comportements conscients et inconscients. Avant de nous intéresser au langage dans le cas spécifique des personnes avec troubles liés à l'usage de substances (TUS), nous allons

commencer par nous intéresser à ses enjeux dans le cadre du phénomène bien étudié que sont les pratiques sexuelles.

En effet, l'Histoire nous a montré comment le langage peut impacter la compréhension des phénomènes et perpétuer les biais sociétaux. Pour exemple, la récente épidémie de la variole du singe qui a émergé en mai 2022 a rapidement été étiquetée de « maladie de la communauté gay », ce qui a eu un effet stigmatisant et discriminant pour cette communauté au détriment d'une approche adéquate de Santé publique². En effet, même si on a retrouvé une majo-

rité de cas au sein de la communauté LGBTQIA+ (89,9% selon l'OMS), ce n'était pas l'entière. De plus, comme le montrent März *et al.*², le focus sur cette communauté a renforcé des attitudes anti-LGBTQIA+ dans certaines régions qui ont majoré encore plus les discriminations vécues et les inégalités sociales de santé chez ce public. Qualifiée également il y a 40 ans de « *gay cancer* », « *gay-related immune deficiency* », les représentations réductrices autour du VIH ont eu un effet délétère sur la santé mentale et physique de cette communauté. Les nombreux stigmas associés ont limité l'accès à des soins de qualité pour ces personnes et sont encore une réalité tangible à l'heure actuelle^{3,4}. Ces représentations stéréotypées ont également pour conséquence des diagnostics tardifs. En cause d'une part, une faible perception du risque chez des personnes qui ne se sentent pas concernées et consultent tardivement. Et de l'autre, un dépistage trop ciblé ou des opportunités manquées (c-à-d. passer à côté d'un VIH lors d'une autre pathologie révélatrice) de la part des soignant.es^{5,6}.

Dans un autre registre, nous pourrions également évoquer la notion de « gale des gens propres » en opposition à la gale des gens sales comme autre exemple de vocabulaire façonnant les représentations véhiculées autour des maladies et intégrées par les professionnel.les de santé. De nombreux autres exemples de stigmas liés aux maladies infectieuses, aux questions de genre, ou de l'orientation sexuelle, aux situations d'handicap, aux situations de migration, ou du sans-logement, etc. peuvent également être relevés et se cumuler⁷ (dans une perspective intersectionnelle). Le discours public dominé par les stéréotypes et préjugés est influencé par les professionnel.les de santé et a une influence sur ces dernier. es également. Ce discours tend à être catégorisant et faire une distinction entre « eux », les gens aux caractéristiques non désirables, et « nous »⁸. La stigmatisation peut s'expliquer ainsi comme une réaction sociale en partie inconsciente et automatique face à des populations « différentes » et « vulnérables ».

LANGAGE DE L'ADDICTION ET STIGMATISATION

Pour en revenir au champ des assuétudes, les mots connotés ne manquent pas, « le junkie », « le toxicomane », « le tox », « l'alcoolo », « le camé », « le drogué », entre autres. Si nous reprenons l'étymologie du terme « toxicomane », il s'agit d'une personne qui a la « mania » c'est-à-dire la folie du « toxikon », le poison. Pour rappel, le mot « junkie » vient de l'anglais « junk » qui veut dire « déchet ». Il n'est pas rare non plus qu'on fasse usage de ce terme en français pour désigner un.e consommateur.ice ayant un usage excessif d'une substance. Mais aussi d'évoquer le fait d'être « clean » pour faire référence à l'abstinence de consommation chez soi ou chez autrui. Ces termes stigmatisants empreints d'importants jugements moraux véhiculent la croyance que la personne qui consomme s'inflige elle-même la maladie, est coupable de comportements « sales » et

mérite moins le soin^{1,9}. Ces biais peuvent être implicites ou explicites.

La littérature met en évidence que les différents stigmas sont des barrières à l'accès et à la qualité de soins⁹⁻¹². Ceux-ci sont de nature cognitive (stéréotypes), émotionnelle (préjugés) et comportementale (discrimination)^{10,11}. En effet, les stéréotypes et les préjugés intégrés au niveau individuel ou collectif peuvent donner lieu à de la discrimination^{10,11}. Deux formes de stigmas existent à l'échelle collective, ceux impliquant la communauté (les stigmas dits publics ou sociaux) et ceux concernant les institutions, en ce compris le système de santé et les personnes qui le composent (appelés stigmas structurels)¹¹. Lorsque ces stigmas sont internalisés par un individu, nous parlons d'auto-stigmatisation (self stigma)^{11,12}. Celle-ci est influencée par les stigmas sociaux perçus, donc la façon dont la personne va percevoir les stigmas présents dans la société. Cette auto-stigmatisation comprend une faible estime de soi, la peur du jugement d'autrui et le « *why-try effect* »¹². Celui-ci peut se traduire par « l'effet à quoi bon ? », sous-entendu « A quoi bon essayer vu que je ne vauds rien ». Cette auto-stigmatisation a un impact négatif sur la demande d'aide et le risque d'auto-exclusion des soins de santé et contribue à expliquer le « *treatment gap* » (le nombre de personnes avec un trouble qui ont besoin d'un traitement mais n'y ont pas recours) majeur dans ces situations. Différentes données mettent en évidence qu'en moyenne 10-15 % des personnes ayant un trouble lié aux substances bénéficient d'un traitement^{8,13,14}. Il ne s'agit que d'une partie de l'iceberg, la stigmatisation est un phénomène complexe qui se joue à tous les niveaux de la société^{10,11}. Le système de santé contribue largement à la stigmatisation structurelle des problèmes de santé mentale de consommation de substances favorisant de mauvais résultats cliniques dans ces situations^{15,16}. Il a ainsi été démontré que des attitudes négatives par rapport aux personnes avec un trouble lié à l'usage de substances diminuent l'empathie et l'implication des soignant.es dans ces situations tout comme elles réduisent le sentiment d'*empowerment* ainsi que l'optimisme face au traitement et au rétablissement chez les patient.es^{10,15-17}. Cette stigmatisation structurelle ainsi que l'auto-stigmatisation chez les personnes avec TUS (trouble lié à l'usage de substances) vont induire des retards dans les demandes de soin, des besoins de soins non satisfaits, des abandons de traitement etc.^{12,16-18}. Ceci va également majorer les inégalités en termes de santé chez ce public¹⁶. Pour exemple, Lasigetti *et al.* en 2019 ont montré que les personnes racisées (toutes les personnes définies comme autres que « blanches » dans l'étude), avaient significativement moins accès au traitement de buprénorphine lors de leur visite¹⁹. Les soins en termes d'accès, de qualité et de résultats en sont indéniablement affectés et un cercle vicieux tend à s'installer (cf. figure 1).

Corroborant ces observations, une étude contrôlée randomisée menée par Kelly *et al.*²⁰ en 2010 a mis en évidence des données interpellantes. Deux vignettes

cliniques étaient distribuées aléatoirement entre des clinicien.nes et chercheur.ses spécialisé.es dans le domaine de la santé mentale et des addictions. La situation clinique dans les deux vignettes était en tout point pareille à l'exception qu'il était fait référence au terme « *substance abuser* » pour la première et à une personne avec un « *substance use disorder* » pour la deuxième vignette. Les résultats montraient que les répondant.es considéraient l'individu décrit dans la première vignette comme moralement plus coupable et étaient en faveur de plus d'actions punitives à son égard. Le choix d'une terminologie adéquate est donc essentiel^{8,21} pour limiter le phénomène de stigmatisation de ces personnes. Ces résultats semblent confortés dans une autre étude sur le partage d'informations entre professionnel.les de santé à travers le dossier médical²². Celle-ci a relevé des attitudes plus négatives et un traitement médicamenteux différent de la part des assistant.es en médecine lors du recours à un langage stigmatisant par rapport à un langage neutre²².

DE LA NÉCESSITÉ D'UN LANGAGE NEUTRE ET PRÉCIS

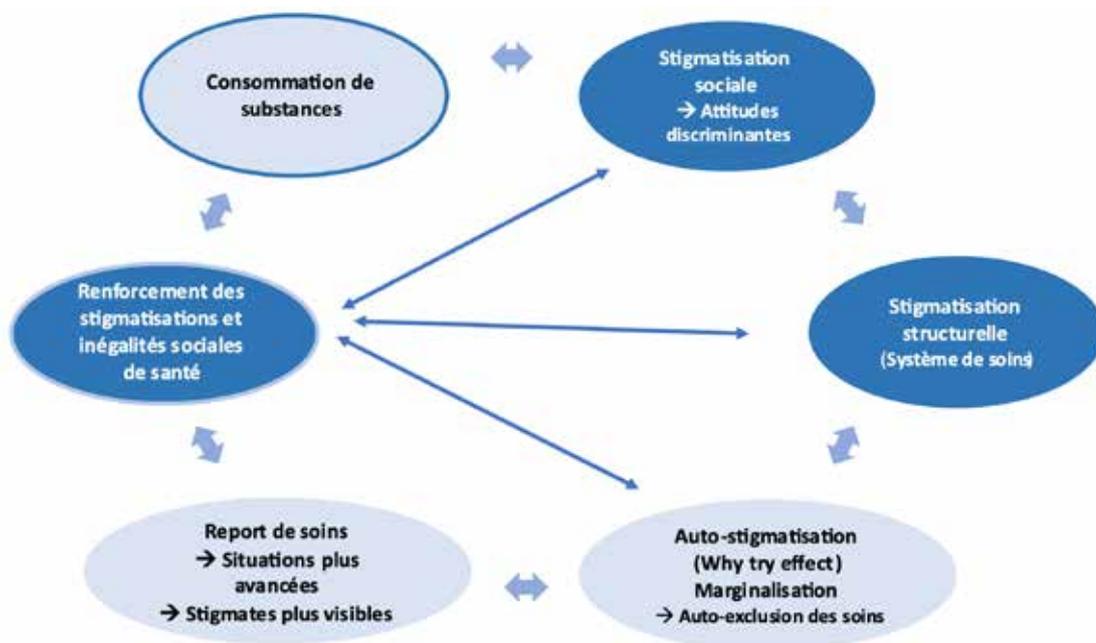
Une terminologie définissant les personnes par leurs comportements ou par une condition médicale contribuent à les déshumaniser et à les exclure socialement²³. A l'inverse, un langage centré sur la personne permet de respecter la dignité des individus et de minimiser les perceptions négatives véhiculées^{8,21,24}. L'individu n'est pas défini par sa maladie et cela vaut pour toute pathologie médicale : il n'est pas que « diabétique », que « migraineux », que « psychotique » ou que « toxicomane ». Utiliser des termes tels que « personne avec » indique que la maladie

n'est qu'un aspect de la personne et non une caractéristique la définissant dans son entièreté^{20,24,25}. Il a « un trouble » mais n'est pas « le trouble ».

Pour ce faire, et pour un partage d'une information de qualité tenant compte des dernières avancées scientifiques, nous proposons de s'en référer aux nomenclatures en vigueur et donc dans ce cadre-ci au CIM 11 et au DSM-V afin d'avoir un langage scientifique commun et non connoté, bien que ces classifications puissent aussi être matière à débat. Des petites variances culturelles et linguistiques peuvent exister mais doivent faire transparaître une même idée²⁵. En ce sens, le DSM-V malgré ses limites, – comme vu supra – a mis de côté les terminologies encore de vigueur dans le DSM-IV utilisant les termes « abus » et « dépendance » aux substances pour plutôt parler de « trouble lié aux substances » avec différents degrés de sévérité. Pour appuyer notre propos, nous pouvons faire référence à l'utilisation de la terminologie « traitement par agoniste opioïde » pour évoquer les traitements de méthadone et de buprénorphine. En effet, l'utilisation du terme « agoniste » et non du terme « substitution » dans « traitement de substitution orale » est crucial car il reflète la compréhension actuelle des traitements et de la science ainsi que le fait que ceux-ci ne sont pas un « remplacement d'une substance par une autre », ce qui peut participer à véhiculer l'idée reçue qu'il s'agit d'un traitement qui « entretient la toxicomanie »²⁴. Le terme « oral » n'est plus non plus adéquat depuis l'autorisation de mise sur le marché en 2018 de la buprénorphine par injection (cfr CBIP).

Figure 1

Cercle vicieux du phénomène de stigmatisation des TUS



Par ailleurs, certaines personnes ayant ou ayant eu un trouble lié à l'usage de substances peuvent se définir avec le vocabulaire d'usage, qu'ils ont internalisé, par retournement du stigma ou pour pouvoir aussi s'en détacher « je suis un.e ex-toxicomane ». Chacun.e peut se définir comme il l'entend mais il est du devoir du professionnel.le de santé d'utiliser quant à lui un vocabulaire neutre et précis qui aura certainement un impact sur le vocabulaire choisi par les personnes avec TUS²⁵.

ACTIONS POSSIBLES

Il est difficile de changer ce vocabulaire quand il est ancré dans notre communication depuis des générations et que même les institutions spécialisées, ainsi que de nombreux.ses patient.es, continuent à véhiculer ces termes dans leur travail ou vie au quotidien. et dans le nom même de leurs institutions. Pour exemple, le terme « Abuse » est encore présent dans de nombreuses instances reconnues ou des revues

Tableau 1

Justification du recours à un vocabulaire neutre lors de TUS^{1,21,24,25}

Vocabulaire connoté	Vocabulaire neutre	Justification
Absence de compli-ance, non compli-ance	Non observance thérapeutique, difficulté à prendre le médicament selon les modalités indiquées	Anglicisme péjoratif, jugeant et paternaliste
Abus	Consommation/usage Trouble lié à l'usage Mésusage	Jugeant et ambigu, suggère une conduite volontaire et nie le fait que les troubles liés aux substances correspondent à une altération de la santé. En français, l'alternative "mésusage" est moins connotée négativement que son équivalent anglophone "misuse". Cela peut sous-entendre qu'il y a un "bon" et un "mauvais" usage, et que de ce fait il n'est pas "neutre"
Addiction	Trouble lié à l'usage de... Assuétudes	« Addict » est un anglicisme péjoratif et stigmatisant selon le contexte. En anglais, le terme addiction est habituellement perçu comme très stigmatisant, alors que ce n'est pas le cas en français, ce qui peut expliquer sa large diffusion à partir des années 2000 dans les milieux professionnels francophones. Addiction vient du Latin « addicere », qui renvoie à la mise en esclavage d'une personne. Le terme « assuétudes » est préféré en Belgique par son caractère relativement moins stigmatisant ²⁸
Addict, Alcoolique, Junkie, Toxicomane Ex-addict, ex-alcoolique, ex-toxicomane	Personne ayant un trouble lié à l'usage de... Personne étant en rétablissement	Préférer un langage centré sur la personne Cela met en évidence que la personne « a » un problème mais « n'est » pas le problème, ce qui évite des associations négatives et des attitudes punitives
« Clean »	Personne ne faisant pas un usage actif de, ne consommant pas actuellement...	
Rechute	Reprise de consommation	
Bébé « addict »	Bébé avec un syndrome de sevrage néonatal	Un bébé ne peut pas naître avec une addiction car il s'agit d'un trouble du comportement, ils sont simplement nés avec un syndrome de sevrage
Traitement de substitution orale	Traitement par agoniste opioïde	Véhicule l'idée que cette médication entretient la toxicomanie en substituant une drogue par une autre

*A noter que ces recommandations ne s'intéressent pas à un usage de substances récréatif qui concerne 9 personnes qui consomment des substances sur 10¹⁴

scientifiques, qui paradoxalement et consciemment comme le « *National Institute of Drug Abuse* » (NIDA)²¹, le « *Substance Abuse Journal* » ou le « *International Society of Addiction Journal Editors* » (ISAJE) insistent depuis plusieurs années pour ne plus faire usage d'une terminologie stigmatisante^{21,26}. Il en va de même des institutions en Belgique, qui sont nombreuses à conserver dans leur appellation le terme « toxicomane », notamment dans celui des Fédérations francophones des Institutions pour Toxicomanes (FEDITO) bruxelloise et wallonne. La FEDITO bruxelloise va toutefois changer de nom d'ici quelques semaines pour se nommer FéDA Bxl à l'instar d'autres associations en son sein qui ont déjà procédé à ce changement. Il s'agit d'un processus lourd et lent mais qui semble nécessaire et cohérent. A noter que ces deux institutions avaient déjà édité un petit livret nommé « L'abécédaire des secteurs vers une terminologie commune pour le secteur assuétudes » en 2011²⁷.

La recherche met en avant l'importance de travailler sur le système de santé et sa stigmatisation structurelle comme stratégie prioritaire pour réduire la stigmatisation et sa perpétuation¹⁶. Pour pouvoir travailler à ce changement, un levier évident est l'éducation¹⁶; il faudrait ainsi opérer ce mouvement au niveau de la formation des professionnels de santé. Au sein de nos facultés, nous devrions intégrer cette terminologie dans nos activités d'apprentissage théoriques et pratiques ainsi que l'enseigner au plus tôt dans le parcours de l'étudiant.e. Adopter d'emblée un vocabulaire non stigmatisant, respectueux et centré sur la personne est fondamental et permettra de façonner positivement l'identité professionnelle des soignant.es en devenir et la qualité des soins prodigués à chacun.e. Comme le rappelle le CanMeds -référentiel de compétences des médecins-, élaboré au Canada et aujourd'hui le plus reconnu à travers le monde²⁸ : « *En tant que professionnels, les*

médecins ont le devoir de promouvoir et de protéger la santé et le bien-être d'autrui, tant sur le plan individuel que collectif. Ils doivent exercer leur profession selon les normes médicales actuelles, en respectant les codes de conduite quant aux comportements qui sont exigés d'eux, tout en étant responsables envers la profession et la société ». Le professionnalisme est une des sept qualités essentielles des médecins et sa première manifestation de compétences : « *Agir et se comporter selon les règles déontologiques de la profession médicale, reflétant l'honnêteté, l'intégrité, l'engagement, la compassion, le respect, l'altruisme, le respect de la diversité et du secret professionnel* », nous rappelle à notre rôle de soignant.e et non de juge.

Ce changement ne doit pas et ne peut pas se faire qu'au niveau des institutions de soins même si nous savons l'impact que le système de santé a sur les politiques de santé également. Il doit parallèlement pouvoir s'opérer au niveau sociétal et au niveau des médias qui contribuent à véhiculer ces biais au travers d'un vocabulaire et des images stigmatisantes et à positionner ainsi consciemment ou non les (futur.es) soignant.es. Quant au système de soins, l'éducation est centrale mais pas suffisante. Il faut approcher ce phénomène par différents axes notamment en donnant plus de moyens pour la recherche dans le domaine des assuétudes et aux institutions de santé prenant en charge ces personnes étant donné que ces instances sont également discriminées par les politiques de santé¹⁰. Ceci en intégrant les personnes avec TUS dans la réflexion et dans des actions de sensibilisation tout en veillant également à les protéger de traitements discriminatoires¹⁶.

Pour finir, nous avons synthétisé plusieurs recommandations issues de la littérature précitée et de nos constats et expériences de clinicien.nes. Elles sont résumées dans le tableau 2.

Tableau 2

Recommandations de bonnes attitudes à adopter par rapport aux personnes présentant un trouble lié à l'usage de substances

Attitudes non verbales
Adopter une attitude bienveillante, ouverte et non jugeante (regard, posture, tonalité de voix) Réaliser un travail de conscientisation sur certains de ses comportements ou attitudes qui pourraient favoriser (in)volontairement des attitudes stigmatisantes (jugeantes et/ou discriminantes) Se rappeler que les TUS ne sont qu'une dimension de la personne et la considérer dans tout ce qu'elle est
Attitudes verbales
Privilégier un langage centré sur la personne (ex : une personne <u>avec</u> un trouble lié à l'usage de substances) Favoriser l'usage de termes précis reflétant les connaissances scientifiques actuelles Discuter et s'accorder avec les éventuel.les collègues (toutes professions confondues) sur un langage commun respectueux de chacun.e
A éviter
Eviter de faire un amalgame entre la personne et la maladie (la personne <u>n'est pas</u> la maladie) Eviter les termes véhiculant un jugement social, moral ou comportant des connotations implicites négatives

CONCLUSION

Utiliser un vocabulaire non stigmatisant et précis est essentiel dans les soins de santé pour être respectueux de la personne et de sa dignité, en considérant celle-ci comme porteuse de maladie et non définie par la maladie. Le vocabulaire utilisé peut véhiculer consciemment ou inconsciemment des stigmas et donc des jugements de valeurs qui n'ont pas leur place dans les soins de santé. L'utilisation des termes connotés négativement fait encore partie du langage courant des professionnels de santé et de la société. Un changement doit pouvoir s'opérer. Les professionnels de santé devraient être des acteurs et des actrices-clés de ce dernier en initiant ce mouvement. En effet, il est nécessaire de réhumaniser les représentations des personnes avec un trouble lié à l'usage de substances dans la société et améliorer leur accès à des soins de santé de qualité.

Ce propos et argumentaire pourrait être transposé à toutes les populations soumises à de la stigmatisation et de la discrimination.

Conflits d'intérêt : néant.

BIBLIOGRAPHIE

1. Kelly JF, Dow SJ, Westerhoff C. Does our choice of substance-related terms influence perceptions of treatment need? an empirical investigation with two commonly used terms. *J Drug Issues*. 2010;40 (4):805-818. doi:10.1177/002204261004000403
2. März JW, Holm S, Biller-Andorno N. Monkeypox, stigma and public health. *Lancet Reg Health Eur*. 2022 Oct 31;23:100536. doi: 10.1016/j.lanepe.2022.100536
3. Manuel I, Jackson-Perry D, Courvoisier C, Bluntschli C, Carel S, Muggli, E *et al.* Stigmatisation et VIH : tous concernés, *Rev Med Suisse*, 2020/690 (Vol.6), p. 744-748. doi: 10.53738/REVMED.2020.16.690.0744
4. Friedland BA, Gottert A, Hows J, Baral SD, Sprague L, Nyblade L, *et al.* PLHIV Stigma Index 2.0 Study Group. The People Living with HIV Stigma Index 2.0: generating critical evidence for change worldwide. *AIDS*. 2020 Sep 1;34 Suppl 1:S5-S18
5. Bedert M, Davidovich U, de Bree G, van Bilsen W, van Sighem A, Zuilhof W *et al.* Understanding Reasons for HIV Late Diagnosis: A Qualitative Study Among HIV-Positive Individuals in Amsterdam, The Netherlands. *AIDS Behav*. 2021 Sep;25(9):2898-2906. doi: 10.1007/s10461-021-03239-3
6. Nanditha NGA, St-Jean M, Tafessu H, Guillemi SA, Hull MW, Lu M *et al.* Missed opportunities for earlier diagnosis of HIV in British Columbia, Canada: A retrospective cohort study. *PLoS One*. 2019 Mar 21;14(3):e0214012
7. Jackson-Best F, Edwards N. Stigma and intersectionality: a systematic review of systematic reviews across HIV/AIDS, mental illness, and physical disability. *BMC Public Health*. 2018 Jul 27;18(1):919. doi: 10.1186/s12889-018-5861-3
8. Botticelli MP, Koh HK. Changing the Language of Addiction. *JAMA*. 2016 Oct 4;316(13):1361-1362. doi: 10.1001/jama.2016.11874
9. Ashford RD, Brown AM, Ashford A, Curtis B. Recovery dialects: A pilot study of stigmatizing and non-stigmatizing label use by individuals in recovery from substance use disorders. *Exp Clin Psychopharmacol*. 2019;27(6):530-535. doi:10.1037/pha0000286
10. Yang LH, Wong LY, Grivel MM, Hasin DS. Stigma and substance use disorders: an international phenomenon. *Curr Opin Psychiatry*. 2017 Sep;30(5):378-388. doi: 10.1097/YCO.0000000000000351
11. National Academies of Sciences E. Ending discrimination against people with mental and substance use disorders: the evidence for stigma change. Washington, District of Columbia: The National Academies Press; 2016.
12. Corrigan PW, Larson JE, Rüschen N. Self-stigma and the "why try" effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*. 2009;8(2):75-81. doi:10.1002/j.2051-5545.2009.tb00218.x
13. Mistiaen P, Kohn L, Mambourg F, Ketterer F, Tiedtke C, Lambrechts M-C *et al.* Comment favoriser le recours à l'aide en cas de consommation problématique d'alcool? Health Services Research (HSR). Bruxelles. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2016. KCE Reports 258B. D/2015/10.273/116
14. ONUDC. (Dernière consultation 18 juillet 2023). World Drug Report 2023. ([Internet]. <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2023.html>.
15. van Boekel LC, Brouwers EPM, van Weeghel J, Garretsen HFL. Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: systematic review. *Drug Alcohol Depend*. 2013;131(1-2):23-35. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018
16. Livingston. JD. Structural Stigma in Health-Care Contexts for People with Mental Health and Substance Use Issues, a literature review. Ottawa: Mental Health Commission of Canada. 2020
17. Crapanzano KA, Hammarlund R, Ahmad B, Hunsinger N, Kullar R. The association between perceived stigma and substance use disorder treatment outcomes: a review. *Subst Abuse Rehabil*. 2019;10:1-12. doi:10.2147/SAR.S183252
18. Muncan B, Walters SM, Ezell J, Ompad DC. "They look at us like junkies": influences of drug use stigma on the healthcare engagement of people who inject drugs in New York City. *Harm Reduct J*. 2020 Jul 31;17(1):53. doi: 10.1186/s12954-020-00399-8
19. Lagisetty PA, Ross R, Bohnert A, Clay M, Maust DT. Buprenorphine Treatment Divide by Race/Ethnicity and Payment. *JAMA Psychiatry*. 2019 Sep 1;76(9):979-981. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2019.0876
20. Kelly JF, Westerhoff CM. Does it matter how we refer to individuals with substance-related conditions? A randomized study of two commonly used terms. *Int J Drug Policy*. 2010 May;21(3):202-7. doi: 10.1016/j.drugpo.2009.10.010
21. National Institute of Drug Abuse (NIDA). (Dernière consultation 27/05/2023). Words matter section. [Internet]. <https://nida.nih.gov/nidamed-medical-health-professionals/health-professions-education/words-matter-terms-to-use-avoid-when-talking-about-addiction>.
22. P Goddu A, O'Connor KJ, Lanzkron S, Saheed MO, Saha S, Peek ME *et al.* Do Words Matter? Stigmatizing Language and the Transmission of Bias in the Medical Record. *J Gen Intern Med*. 2018 May;33(5):685-691. doi: 10.1007/s11606-017-4289-2. Epub 2018 Jan 26. Erratum in: *J Gen Intern Med*. 2019
23. Fontesse S, Demoulin S, Stinglhamber F, Maurage P. Dehumanization of psychiatric patients: Experimental

- and clinical implications in severe alcohol-use disorders. *Addict Behav.* 2019 Feb;89:216-223. doi: 10.1016/j.addbeh.2018.08.041
24. Bertholet, N., Fortini, C., Simon, O., Khazaal, Y., Daepfen, J., L'emploi d'un langage non stigmatisant et précis est nécessaire en médecine des addictions, *Rev Med Suisse*, 2019/654 (Vol.5), p. 1165–1168. DOI: 10.53738/REVMED.2019.15.654.1165
25. Scholten W, Simon O, Maremmani I, Wells C, Kelly J. F., Hämmig, R *et al.* Accès aux médicaments contenant des substances psychoactives placées sous contrôle international. Recommandations en faveur d'une terminologie neutre, précise et respectueuse. *Alcoologie Et Addictologie*, 2020, 42(1), 18–27
26. ISAJE (The International Society of Addiction Journal Editors). (Dernière consultation le 27/05/2023). Statement et guidelines terminology. [Internet]. <https://www.isaje.net/addiction-terminology.html>
27. FEDITO Bxl. (Dernière consultation le 27/05/2023). L'Abécédaire des secteurs: Vers une terminologie commune pour le secteur assuétudes. [Internet]. https://feditobxl.be/site/wp-content/uploads/2012/labecedaire_des_secteurs_drogues.pdf
28. Royal College of Physicians and surgeons of Canada. (Dernière consultation le 27/05/2023). Référentiel de compétences CanMEDS 2015. [Internet]. <https://www.royalcollege.ca/content/rcpsc/ca/fr/canmeds/canmeds-framework.html>

Travail reçu le 1^{er} juin 2023 : accepté dans sa version définitive le 27 juin 2023.

AUTEUR CORRESPONDANT :

L. RICHELLE

Faculté de Médecine - Département de médecine générale
Unité de Recherche en Soins primaires (ULB)
Route de Lennik 808/CP 612 - 1070 Bruxelles
E-mail : lou.richelle@ulb.be