

*Programme national de lutte contre l'abus de  
l'alcool et des drogues chez les Autochtones  
(PNLAADA)*

Améliorer les services de soins et de  
soutien en santé mentale dans le  
cadre du Programme national de lutte  
contre l'abus de l'alcool et des  
drogues chez les Autochtones

*Rapport préparé par : Dr Rod McCormick et Darryl Quantz*

**Mars 2010**

# Table des matières

<b>Sommaire .....</b>	<b>1</b>
<b>A. Contexte et but du rapport.....</b>	<b>3</b>
<b>Contexte général .....</b>	<b>3</b>
Différences culturelles dans la définition de la santé mentale .....	5
Différences entre les sexes.....	6
<b>But du présent rapport de recherche.....</b>	<b>8</b>
<b>B. Sources de données et méthode : entretiens auprès de répondants clés et analyse documentaire .....</b>	<b>8</b>
<b>Entretiens auprès de répondants clés .....</b>	<b>9</b>
Recrutement des participants .....	9
Collecte et analyse des données .....	9
<b>Analyse documentaire .....</b>	<b>10</b>
<b>C. Constatations .....</b>	<b>10</b>
<b>1. Justification de l'intégration.....</b>	<b>10</b>
<b>2. Le défi lié aux définitions .....</b>	<b>12</b>
<b>3. Lacunes et défis liés à la documentation.....</b>	<b>12</b>
<b>4. Lacunes et défis liés aux entretiens.....</b>	<b>15</b>
<b>5. Exemples de pratiques exemplaires/modèles prometteurs, de partenariats et d'ententes .....</b>	<b>18</b>
Exemples au sein du PNLAADA.....	18
Exemples à l'extérieur du PNLAADA .....	19
<b>6. Exemples de possibilités de partenariats .....</b>	<b>20</b>
<b>7. Pratiques/modèles exemplaires aux niveaux de prestation systémique de programmes et de services trouvés dans la documentation.....</b>	<b>21</b>
i. Stratégies générales.....	22
ii. Stratégies de recherche.....	26
iii. Politique .....	27
iv. Renforcement de la capacité des ressources humaines .....	27
v. Salaires.....	28
vi. Accréditation/certification.....	29
vii. Soutien .....	29
viii. Traitement .....	30
ix. Counselling par encouragement .....	31
x. Intervention en cas de crise .....	31
xi. Approches axées sur la culture.....	32
xii. Services cliniques.....	32
xiii. Suivi .....	32
<b>D. Possibilités .....</b>	<b>32</b>
<b>E. Références et ressources.....</b>	<b>35</b>
<b>Annexe A : Lettre de présentation.....</b>	<b>40</b>
<b>Annexe B : Guide d'entretien .....</b>	<b>41</b>

## Sommaire

L'objectif général du présent rapport de recherche était d'explorer des possibilités d'améliorer l'intégration de programmes de santé mentale et de lutte contre les toxicomanies dans le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA).

Deux sources de données ont servi à l'élaboration du présent rapport. La première source de données fut une série d'entrevues auprès de répondants clés constitués de membres du personnel du PNLAADA afin de recueillir leurs points de vue, leur expertise et leurs recommandations sur la meilleure façon d'aborder l'intégration de services de soins en santé mentale dans le PNLAADA. Un ensemble d'exemples de stratégies, de principes et de pratiques exposés dans la documentation et visant l'intégration de services de soins en santé mentale dans des programmes de lutte contre les toxicomanies constituait la seconde source de données.

La documentation présentait plusieurs arguments en faveur de l'intégration de services de traitement des toxicomanies et de soins en santé mentale, notamment la prévalence de troubles concomitants, le fait que la plupart des provinces et certaines régions de Santé des Premières nations et des Inuits (SPNI) l'aient déjà adoptée, qu'elle offre une expansion et un accès accru à des services de soins en santé mentale, qu'elle est plus rentable que deux systèmes distincts, et que les consommateurs exigent un service axé sur les clients plus efficace et holistique.

Si la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) devait intégrer des services de soins et de soutien en santé mentale au PNLAADA, ou les améliorer, de nombreuses lacunes devraient être abordées. En voici quelques-unes :

- De façon générale, les témoins se sont entendus pour dire que les niveaux de financement actuels des services de soins en santé mentale et de traitement des toxicomanies chez les Premières nations et les Inuits sont insuffisants et disproportionnés par rapport au fardeau de la maladie.
- Dans les collectivités autochtones, les systèmes de soins en santé mentale et de lutte contre les toxicomanies sont hautement fragmentés. Les services de soins et de soutien sont fournis par divers ordres de gouvernement et divers ministères, et la collaboration est limitée.
- Les intervenants du PNLAADA craignent de perdre leur emploi ou leur statut d'emploi si, d'une façon quelconque, ils devaient être mêlés aux travailleurs en santé mentale.
- On observe une pénurie inquiétante de professionnels autochtones bien formés en santé mentale et en lutte contre les toxicomanies. Généralement, on observe aussi un manque de services adaptés à la culture.
- Guérisseurs traditionnels : Il faut définir les rôles et reconnaître les contributions des guérisseurs traditionnels.

- Consultation et supervision en milieu clinique : Puisqu'on a souvent besoin de services dans les petites collectivités éloignées et que ceux-ci sont fournis par des auxiliaires, on doit trouver un moyen efficace de fournir des services de consultation, de conseils et de supervision en milieu clinique.
- Troubles concomitants : Les intervenants du PNLAADA doivent mieux comprendre les troubles concomitants.

Il faut absolument intégrer des approches axées sur la culture, des approches adaptées à la culture, le savoir autochtone et la guérison traditionnelle, en tant qu'éléments accessibles et essentiels du continuum communautaire global intégré de services de soins.

Le principal thème abordé dans les réponses des participants fut le manque de capacité à fournir des services de soins et de soutien en santé mentale. Il leur a été facile de donner des exemples tirés de leur travail sur des lacunes observées dans les services de soins en santé mentale offerts à leur centre. Par exemple, on note un manque d'expertise pour ce qui est de traiter des problèmes de santé mentale complexes, notamment des questions de deuil et de perte et le syndrome de stress post-traumatique.

Les intervenants du PNLAADA doivent soit recevoir une formation adéquate pour traiter avec des clients suicidaires, des clients qui consomment des antipsychotiques, des anxiolytiques, des antidépresseurs, de la méthadone, etc., soit aiguiller ces clients vers d'autres fournisseurs de services qualifiés.

Les intervenants du PNLAADA doivent recevoir une formation et des ressources adéquates pour offrir un suivi à leurs clients.

D'autres recherches sont nécessaires pour déterminer les pratiques exemplaires, les modèles, les partenariats et les ententes favorisant l'amélioration des services de soins de santé au sein du PNLAADA.

Si les intervenants du PNLAADA souhaitent intégrer des services de traitement des toxicomanies et de soins en santé mentale, ils doivent convenir d'une stratégie d'intégration appropriée; p. ex. traitement intégré, programmes intégrés, systèmes intégrés.

Les intervenants devront recevoir une formation spécialisée, une formation qui intégrerait des connaissances culturelles, en santé mentale et en toxicomanies. D'autres défis/possibilités entourant la formation englobent notamment un appui aux travailleurs en formation.

On devrait créer des lignes secours et des liens Internet pour que les intervenants du PNLAADA aient un accès rapide, au besoin, à des conseils professionnels offerts en tout temps sur les problèmes/solutions en matière de toxicomanie et de santé mentale.

On devrait offrir aux intervenants des ressources pour les soutenir dans leur nouveau rôle; p. ex. « compte rendu » (consultations de pairs), ressources conventionnelles, culturelles et traditionnelles (p. ex. services de soutien d'un Programme d'aide aux employés [PAE])

et supervision en milieu clinique). Des méthodes de vidéoconférence pourraient servir à la supervision en milieu clinique, à la consultation de cas et à la formation d'intervenants communautaires en santé mentale et en lutte contre les toxicomanies.

En ce qui a trait au mandat, et afin de progresser vers un continuum de services mieux intégré, les centres de traitement en établissement devraient élargir leur mandat pour intégrer le traitement de problèmes de santé mentale, et accroître leur capacité en conséquence.

De plus, il faut absolument augmenter le financement destiné aux intervenants du PNLAADA afin d'accroître les possibilités de recrutement et de maintien en poste. Il faudra également augmenter les salaires et accroître les services de soutien advenant la mise en place d'exigences de formation plus élevées. Le coût de cette intégration constitue une question délicate, et pour trouver des solutions, des partenariats entre services fédéraux et provinciaux peuvent s'avérer nécessaires.

## **A. Contexte et but du rapport**

### ***Contexte général***

Le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA) constitue l'un des programmes gérés principalement par les Premières nations grâce à des ententes de contribution ou de transfert avec la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada. *Le mandat du PNLAADA est d'aider les Premières nations et les Inuits de même que leurs communautés à établir et à offrir des programmes pour réduire le taux élevé d'alcoolisme et de toxicomanie chez les populations cibles des réserves.* Les dernières études des services<sup>1</sup> du PNLAADA démontrent que l'abus de l'alcool et des drogues demeure l'un des problèmes de santé les plus importants chez les Premières nations. La plupart des activités du PNLAADA entrent dans les quatre principaux champs d'intervention suivants : la prévention, le traitement, la formation, la recherche et le développement. Le PNLAADA appuie un réseau national de 52 centres de traitement en établissement pouvant accueillir environ 700 patients.

Dans le cadre de son plus récent examen, le PNLAADA a fait remarquer qu'il était essentiel de disposer d'un système permettant de réaffecter les fonds dans les secteurs dont les besoins sont les plus criants et de prévoir des mesures incitatives pour les changements aux programmes de façon à mieux répondre aux nouveaux besoins. Devant la tendance croissante dans les systèmes de prestation de services de traitement des toxicomanies à fournir des services de soins en santé mentale et à mieux les intégrer, le PNLAADA a élaboré une vision en vue d'intégrer et de coordonner les services de façon plus approfondie. Cette initiative permettra aux services de traitement et de prévention des toxicomanies de bénéficier de stratégies, de services et d'aide en santé mentale.

Au Canada, l'alcoolisme et la toxicomanie constituent un important problème de santé publique qui crée un fardeau considérable en matière de soins de santé, des problèmes

---

<sup>1</sup> Comité directeur de l'examen du PNLAADA, n.d.

sociaux et des pertes de productivité. Dans un rapport<sup>2</sup> publié en 2002, le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT) a estimé les coûts directs et indirects liés à l'alcoolisme et à la toxicomanie.

- L'alcool représentait environ 14,6 milliards de dollars en coûts, dont 7,1 milliards de dollars en productivité perdue pour cause de maladie ou de décès prématuré, 3,3 milliards de dollars en frais de soins de santé directs et 3,1 milliards de dollars pour la répression.
- On estimait que les drogues illégales représentaient environ 8,2 milliards de dollars en coûts, dont 4,7 milliards de dollars en productivité perdue pour cause de maladie ou de décès prématuré, 2,3 milliards de dollars pour la répression et plus de 1,1 milliard de dollars en frais de soins de santé directs.

Compte tenu des répercussions sur tous les secteurs de la société, il est important de comprendre le contexte des toxicomanies afin d'offrir les meilleures stratégies de prévention et de traitement. Des recherches révèlent que les problèmes de santé mentale constituent l'un des facteurs à prendre en considération dans le traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie. L'expression *troubles concomitants* s'applique aux personnes atteintes simultanément d'une maladie mentale et d'un trouble lié à l'usage de substances psychoactives<sup>3</sup>. Santé Canada définit les personnes souffrant de troubles concomitants comme les personnes aux prises avec une combinaison de troubles mentaux, émotionnels et psychiatriques et des problèmes d'abus d'alcool et/ou de drogues psychoactives<sup>4</sup>. Des études ont permis de constater qu'entre 75 p. 100 et 100 p. 100 des personnes qui cherchent à se faire soigner pour alcoolisme et toxicomanie souffrent d'un problème de santé mentale concomitant<sup>5</sup>. Par ailleurs, les toxicomanes souffrant de troubles de santé mentale concomitants sont ceux qui obtiennent les plus mauvais résultats au terme de leur traitement, qui courent le risque de préjudice le plus élevé et qui présentent le taux le plus élevé de besoins insatisfaits; ils représentent également le groupe le moins satisfait des services et qui génère les coûts les plus élevés en matière de services sociaux/de santé<sup>6</sup>. Toutefois, le rapport entre la consommation de drogues et d'alcool et la santé mentale est une question complexe. Dans son premier rapport, le Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, des Sciences et de la Technologie (2004) fait remarquer que les problèmes de santé mentale/maladies peuvent agir comme facteurs de risque pour ce qui est d'accroître la consommation de drogues et d'alcool *ou* la consommation de drogues et d'alcool peut accroître les problèmes de santé mentale. Dans un cas comme dans l'autre, les chercheurs conviennent que cette comorbidité de la santé mentale et des toxicomanies devrait être jugée la norme. Par conséquent, on doit pouvoir fournir des services de soutien en santé mentale dans le cadre des services de prévention et de traitement des toxicomanies.

---

<sup>2</sup> Rehm et coll., 2006.

<sup>3</sup> Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2009.

<sup>4</sup> Santé Canada, 2002.

<sup>5</sup> Rehm et coll., 2006.

<sup>6</sup> Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances, 2005.

Malheureusement, les problèmes de santé mentale et de toxicomanie ont toujours été traités séparément, dans le cadre de systèmes de soins distincts. Dans son plan stratégique décennal, la *Native Mental Health Association of Canada* (NMHAC) soulignait que les « structures » existaient toujours même si l'on disposait de données montrant que l'intégration des services donnait de meilleurs résultats au fil du temps.<sup>7</sup> Santé Canada définit l'intégration des programmes comme une occasion d'adopter une approche méthodique à l'égard du traitement de ces questions :

*Les traitements de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie sont administrés conjointement par les mêmes cliniciens et les mêmes intervenants ou par une même équipe de cliniciens et d'intervenants, dans le même programme, de façon à ce que les clients aient une explication uniforme quant à leurs troubles et à leurs problèmes, ainsi qu'une ordonnance médicale cohérente plutôt qu'une série de messages contradictoires provenant de différents intervenants.*<sup>8</sup>

Cette intégration permettrait aux services de traitement et de prévention des toxicomanies de bénéficier de stratégies, de services et d'aide en santé mentale. Les résultats des recherches actuelles orienteront ceux et celles qui gèrent et fournissent des services de prévention et de traitement des toxicomanies dans les collectivités des Premières nations. Elle doit également constituer une ressource dans le cadre de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique du PNLAADA. On présentera à un comité national les résultats et les recommandations découlant de ce projet, et tous les participants auront accès à une copie du rapport.

### **Différences culturelles dans la définition de la santé mentale**

Le cas échéant, quelles sont les différences entre la santé mentale chez les Autochtones et la santé mentale dans un contexte occidental? Pour tenter de faire de telles distinctions, il faudra commettre le crime de la généralisation. De plus, il est difficile de faire la distinction entre la santé mentale et la santé en général chez les peuples autochtones, car la santé est considérée comme un équilibre de l'état mental, physique, émotif et spirituel. Ce concept holistique d'équilibre diffère de la médecine et de la psychiatrie dans un contexte occidental, lesquelles portent principalement sur des éléments subtils du fonctionnement de l'être humain, distinguant le fonctionnement physique du fonctionnement mental, émotif et spirituel. Dans un même ordre d'idées, les pratiques occidentales en matière de santé mentale tendent à porter principalement sur l'individuel plutôt que sur le collectif. La santé mentale dans un contexte occidental tend à être prospective, alors que la santé mentale chez les Autochtones est axée sur le présent. La santé mentale dans un contexte occidental est axée sur la maîtrise alors que la santé mentale chez les Autochtones est axée sur l'harmonie. La médecine occidentale est axée sur la guérison, alors que la guérison autochtone est davantage axée sur le parcours. Les Autochtones semblent être amenés à poursuivre leur parcours vers la guérison dans un effort à entrer en contact avec des sources de signification et de santé [on préconise le « mieux-être » plutôt que la « santé »], notamment des liens/rapports importants, la

---

<sup>7</sup> NMHAC, 2008.

<sup>8</sup> Santé Canada, 2002.

spiritualité, la culture, des sentiments de contribution à leur collectivité, etc. La santé dans un contexte occidental met l'accent sur les déterminants et les causes; la personne est poussée au lieu d'être amenée vers une relation de cause à effet. L'autoactualisation constitue un but dans le cadre de la santé mentale dans un contexte occidental, alors que l'autotranscendance menant à l'interconnexion constitue un but dans le cadre de la santé mentale chez les Autochtones. Le médecin et, en partie, le patient sont responsables de la guérison dans le cadre de la médecine occidentale, alors que le créateur et le patient sont responsables de la guérison dans le cadre de la médecine autochtone. Les considérations spirituelles ou métaphysiques sont aussi importantes, voire plus importantes, que les considérations biologiques et expérientielles pour déterminer les causes et les traitements de la maladie dans le cadre de la santé mentale chez les Autochtones, alors qu'on a tendance à n'examiner que les considérations biologiques et expérientielles en santé mentale dans un contexte occidental. Enfin, la médecine occidentale met énormément l'accent sur le diagnostic et l'étiquetage et est limitée sur le plan du traitement. Dans le cadre de la médecine autochtone et de la santé mentale chez les Autochtones, on met moins l'accent sur le diagnostic, mais les options de traitement sont nombreuses.

### **Différences entre les sexes**

Même si l'on sait que les taux de prévalence de troubles dus à la consommation de drogues et d'alcool sont, de façon constante, plus élevés chez les hommes que chez les femmes<sup>9</sup>, on ne sait pas si le traitement fonctionne différemment pour les hommes et les femmes. Toutefois, il existe certaines différences entre les sexes en ce qui concerne la santé mentale et les toxicomanies. Dans la présente section, on résumera brièvement la documentation pertinente concernant les différences entre les sexes. Il est à noter que toutes ces études, sauf une, comprennent la participation du grand public et ne comprennent pas la participation d'Autochtones.

Tant pour les hommes que pour les femmes, les caractéristiques des troubles de comorbidité psychiatrique chez les toxicomanes sont les mêmes que celles observées dans la population en général; les femmes sont plus susceptibles de souffrir d'anxiété, de dépression, de troubles de l'alimentation et de troubles de la personnalité limite, et les hommes sont plus susceptibles de souffrir d'un trouble de la personnalité antisociale<sup>10</sup>. Selon une étude portant sur les différences entre les sexes au début d'un épisode dépressif majeur et d'une dépendance à l'alcool, les femmes victimes d'un épisode dépressif majeur sont sept fois plus susceptibles que les femmes qui n'en sont pas victimes de souffrir d'une dépendance à l'alcool après deux ans. Toutefois, les hommes qui souffrent d'un épisode dépressif majeur ne courent pas un risque plus élevé de développer une dépendance à l'alcool<sup>11</sup>.

Les données indiquent qu'un lien entre un traumatisme, un syndrome de stress post-traumatique, et des troubles d'alcoolisme et de toxicomanie peut être particulièrement important chez les femmes. Les femmes victimes de violence à l'âge adulte montrent également un risque plus élevé de dépendance aux drogues et à l'alcool. De plus, l'abus

---

<sup>9</sup> Kessler et coll., 1994; Regier et coll., 1990.

<sup>10</sup> Brady et coll., 1993; Sinha et Rounsaville, 2002.

<sup>11</sup> Gilman et Abraham, 2001.

de drogues et d'alcool place les femmes à risque de victimisation répétée, perpétuant ainsi le cycle de victimisation et de consommation de drogues et d'alcool<sup>12</sup>.

Dans le cadre d'une autre étude, on a constaté que les hommes toxicomanes risquent davantage de consommer des drogues pour nouer des contacts, et qu'ils sont plus susceptibles de parler de leurs problèmes d'enfance que le sont les femmes. On a constaté que les femmes toxicomanes risquent davantage de consommer des drogues pour surmonter leur humeur négative; sont plus susceptibles d'avoir besoin d'aide pour cause de problèmes affectifs à un plus jeune âge que les hommes (17 ans par rapport à 20 ans); sont plus susceptibles d'avoir fait une tentative de suicide; et risquent davantage d'intérioriser des problèmes vécus durant l'enfance<sup>13</sup>.

### ***Différences entre les sexes dans le cadre du traitement***

Selon un certain nombre d'études, les femmes sont moins susceptibles que les hommes de suivre un traitement<sup>14</sup>. Les raisons qui expliquent les faibles taux d'admission en traitement peuvent comprendre des facteurs socioculturels (p. ex. stigmatisation, manque de soutien du partenaire/de la famille pour suivre un traitement), des facteurs socioéconomiques (p. ex. garde d'enfants), la grossesse, les craintes liées aux problèmes de garde des enfants, et les complexités associées à la hausse des taux de troubles psychiatriques concomitants et à la disponibilité de traitements appropriés en cas de double diagnostic<sup>15</sup>.

Il existe très peu de différences systématiques entre les sexes en ce qui a trait au résultat des traitements, aux taux de persévérance ou aux taux de rechute selon les divers types de substances, les milieux de traitement, et les types de traitement<sup>16</sup>.

On ne sait toujours pas si les traitements axés sur les femmes ou selon le sexe sont plus efficaces que les traitements standards de l'alcoolisme et de la toxicomanie<sup>17</sup>. Certaines données semblent indiquer que les traitements ambulatoires ou en établissement axés sur les femmes ont des taux de réussite plus élevés que les programmes traditionnels<sup>18</sup>. Les données tendent également à indiquer que les programmes en établissement qui permettent aux femmes d'être accompagnées de leurs enfants donnent lieu à des taux de persévérance plus élevés, ce qui constitue un facteur important dans la prédiction des résultats du traitement<sup>19</sup>.

Une seule étude<sup>20</sup> traiterait des différences entre les sexes propres aux traitements de la consommation de drogues et d'alcool chez les Autochtones. Dans le cadre de cette étude, on a examiné les différences entre les sexes grâce à un échantillon d'Autochtones

---

<sup>12</sup> Kilpatrick, Resnick, Saunders et Best, 1991.

<sup>13</sup> Haseltine, 2000.

<sup>14</sup> Kessler et coll., 1994.

<sup>15</sup> Greenfield et coll., 2007; Brady et coll., 1993.

<sup>16</sup> Greenfield et coll., 2007; Hser et coll., 2001; Mangrum et coll., 2006.

<sup>17</sup> Ashley et coll., 2003; Niv et Hser, 2006.

<sup>18</sup> Dahlgren et Willander, 1989; Hughes et coll., 1995.

<sup>19</sup> Hughes et coll., 1995; Szuster et coll., 1996.

<sup>20</sup> Callaghan et coll., 2006.

canadiens admis à un programme de désintoxication en milieu hospitalier. Même si l'alcool constituait la cause de désintoxication la plus fréquente chez les deux sexes, les femmes présentaient des taux proportionnellement plus élevés de diagnostic de désintoxication pour consommation de cocaïne et d'opiacés. Outre le fait qu'elles étaient plus jeunes que les hommes, les femmes présentaient les taux de violence physique et d'agression sexuelle les plus élevés. Les femmes se voyaient également administrer plus d'antidépresseurs, étaient davantage soumises à des protocoles d'antibiothérapie, et subissaient un plus grand nombre d'examen médicaux que les hommes.

### ***But du présent rapport de recherche***

L'objectif général du présent rapport de recherche était d'explorer des possibilités d'améliorer l'intégration de programmes de santé mentale et de lutte contre les toxicomanies dans le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA). Le projet a été commandé par la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada et le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA). On a abordé le projet comme une occasion de déterminer des forces, des limites et des possibilités précises pour fournir des services de soins en santé mentale ou établir des partenariats dans le cadre du PNLAADA. Plus spécifiquement, les objectifs de l'étude étaient les suivants :

- a. Déterminer les lacunes et les défis dans la prestation de services de soins et de soutien appropriés en santé mentale au sein du PNLAADA.
- b. Mettre en lumière les pratiques exemplaires existantes/modèles prometteurs, les partenariats, et les ententes au sein du PNLAADA en matière de prestation de services de soins et de soutien appropriés en santé mentale.
- c. Cerner des occasions de partenariats afin de faciliter d'autres services de soins et de soutien en santé mentale entre le PNLAADA et d'autres secteurs.
- d. À partir de la documentation, trouver des exemples de pratiques/modèles exemplaires aux niveaux de prestation systémiques de programmes et de services pour fournir des services de soins et de soutien appropriés en santé mentale, et des stratégies dans les services de prévention et de traitement des toxicomanies.

Les résultats de ces recherches donneront lieu à des recommandations destinées à ceux et celles qui gèrent et fournissent des services de prévention et de traitement des toxicomanies dans les collectivités des Premières nations.

### **B. Sources de données et méthode: entrevues auprès de répondants clés et analyse documentaire**

Deux sources de données ont servi à l'élaboration du présent rapport. La première source de données fut une série d'entrevues auprès de répondants clés constitués de membres du personnel du PNLAADA afin de recueillir leurs points de vue, leur expertise et leurs recommandations sur la meilleure façon d'aborder l'intégration de services de soins en

santé mentale dans le PNLAADA. Un ensemble d'exemples de stratégies, de principes et de pratiques exposés dans la documentation et visant l'intégration de services de soins en santé mentale dans des programmes de lutte contre les toxicomanies constituait la seconde source de données.

## ***Entrevues auprès de répondants clés***

### **Recrutement des participants**

La réussite de cette tâche dépendait des commentaires de la vaste gamme d'employés de la DGSPNI et du PNLAADA. Par conséquent, les chercheurs ont tenté de trouver des participants occupant divers postes, ainsi que des participants de chacune des régions géographiques. Les chercheurs ont envoyé aux directeurs et aux gestionnaires une lettre d'invitation énonçant les buts du projet et les invitant à participer. On leur a demandé de participer directement à une entrevue, ou de nommer un autre membre de leur personnel qui, selon eux, pouvait contribuer au projet.

Dans le cadre de cette stratégie, on a recruté 16 personnes pour participer à une entrevue semi-structurée. Des directeurs de centres de traitement, des gestionnaires et des coordonnateurs de programmes, des chefs d'équipes et des consultants stratégiques de la DGSPNI ainsi que de bureaux provinciaux et de centres de traitement comptaient parmi les participants. En moyenne, les participants travaillaient dans le domaine des toxicomanies depuis 12 ans. Certains directeurs de traitement travaillaient dans le domaine depuis beaucoup plus que 12 ans, alors que d'autres participants de la DGSPNI n'occupaient leur poste que depuis quelques années. On comptait quatre participants du Manitoba, un de la Saskatchewan et quatre de la Colombie-Britannique, de l'Ontario, de la région de l'Atlantique et du bureau national. Malheureusement, la personne chargée des entrevues n'a pu recruter quatre participants de chaque région. Aussi, certaines régions sont sous-représentées pour ce qui est des commentaires sur les pratiques exemplaires.

### **Collecte et analyse des données**

Le projet consistait en une série d'entrevues téléphoniques semi-structurées. Pour faciliter ce processus, on a conçu un guide d'entrevue comprenant un ensemble de questions à propos des politiques et des programmes actuels du PNLAADA et des services de soins généraux en santé mentale offerts aux clients (une copie du guide d'entrevue se trouve à l'annexe B). Les entrevues téléphoniques ont été réalisées de janvier à avril 2009. Toute communication de suivi nécessaire était effectuée par courriel. Un adjoint à la recherche a réalisé l'ensemble des entrevues.

La première analyse des données a été réalisée en parallèle avec la collecte de données. Dans le cadre de cet examen, de nouveaux thèmes ont été cernés et d'autres questions ont été relevées aux fins d'entrevues ultérieures. Le processus d'analyse officiel a débuté par un examen indépendant des deux auteurs de toutes les transcriptions; en parallèle, des unités de données ont été codées par thèmes et questions. On a étudié les nouveaux thèmes entre les entrevues dans un effort pour trouver des liens, des constances ou des

inconstances. Les deux auteurs se sont régulièrement réunis pour comparer et mettre en contraste les résultats de l'analyse afin de veiller à ce que tous les thèmes soient saisis.

### ***Analyse documentaire***

L'analyse documentaire a permis de trouver des exemples de pratiques, de politiques et de modèles existants pour intégrer des services de soins en santé mentale dans le domaine des toxicomanies. Les chercheurs ont trouvé divers documents citant des ressources Web telles que des pages de recherche (p. ex. Google); des pages Web d'organismes de santé mentale (p. ex. l'Association canadienne pour la santé mentale, le Centre de toxicomanie et de santé mentale, le Centre des recherches appliquées pour la santé mentale et la toxicomanie, l'Agence de la santé publique du Canada); des moteurs de recherche universitaires (p. ex. pubmed, ERIC, medline, multiseach, psychinfo, etc.); et des rapports gouvernementaux et d'autres données non officielles. Les chercheurs ont choisi un ensemble de documents qui reflétaient les contextes régionaux, provinciaux et nationaux. Les documents ont également été choisis en fonction de leur utilité potentielle à renforcer les partenariats et la collaboration entre le PNLAADA et des organismes externes afin de faire progresser le processus d'intégration. Il est à noter qu'il existe très peu de documents publiés qui abordent l'intégration de services de soins en santé mentale dans les services de traitement des toxicomanies chez les Autochtones.

Grâce aux efforts du gouvernement et d'organismes à but non lucratif, on reconnaît davantage les répercussions des problèmes de santé mentale. Dans le cadre de ces efforts, on a mis l'accent sur la nécessité de réorienter les façons d'aborder les toxicomanies pour tenir compte des problèmes de santé mentale concomitants. Cette analyse documentaire visait à déceler des occasions et des processus d'apprentissage axés sur l'intégration de stratégies en matière de santé mentale et de toxicomanie.

## **C. Constatations**

### ***1. Justification de l'intégration***

Les points suivants sont les principaux arguments soulevés dans la documentation en faveur de l'intégration de services de soins en santé mentale et de traitement des toxicomanies :

- a. **Le processus est déjà en place.** Le processus de collaboration et d'intégration dans le cadre des services de soins en santé mentale et de traitement des toxicomanies est déjà en place dans certaines collectivités des Premières nations et des Inuits. Le processus d'intégration est appliqué, sans s'y limiter, aux collectivités qui disposent d'ententes de transferts avec le gouvernement fédéral et des centres de guérison financés par la Fondation autochtone de guérison<sup>21</sup>.
- b. Selon des experts du domaine du comportement organisationnel, le mouvement vers une amélioration de l'intégration de systèmes et de services de soins en santé mentale et de traitement des toxicomanies reflète également les deux principaux facteurs sous-

---

<sup>21</sup> Santé Canada, Groupe de travail sur l'intégration de services de soins en santé mentale et de traitement des toxicomanies et la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, 2003, p.18.

jacents au développement de la plupart des réseaux interorganisationnels<sup>22</sup>. Il s'agit 1) des environnements incertains dans lesquels les organisations évoluent et où elles cherchent une stabilité devant les changements dans la complexité de l'environnement; et 2) de la compétitivité pour l'obtention de ressources pour lesquelles les organisations s'efforceront de collaborer et de coordonner leurs efforts en fonction de leurs besoins mutuels de disposer de ressources<sup>23</sup>.

- c. **Troubles concomitants.** Le mouvement le plus significatif vers l'intégration de services de traitement des toxicomanies et de soins en santé mentale concerne le traitement d'un important groupe de personnes qui souffrent tant de problèmes de toxicomanie que de santé mentale. Ces personnes souffrent de ce qu'on appelle des « troubles concomitants » et doivent suivre un traitement tant pour des problèmes de toxicomanie que de santé mentale<sup>24</sup>.
- d. Comme point de départ à la discussion sur l'intégration, la majorité des documents publiés dans les médias examinés par des pairs<sup>25</sup>, ainsi que les synthèses de recherches importantes<sup>26</sup> utilisent des données probantes sur les besoins complexes et qui se chevauchent des personnes souffrant de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie<sup>27</sup>.
- La justification de l'intégration de services de soins en santé mentale et de traitement des toxicomanies est plus solide lorsqu'elle est présentée par rapport au groupe cible souffrant de troubles concomitants, et surtout au sous-groupe plus précis et plus cliniquement touché. Les documents de recherche, de même que les arguments en faveur de l'intégration et provenant du monde universitaire et du milieu non professionnel, attirent l'attention sur le chevauchement élevé dans les deux groupes, les répercussions négatives sur les résultats des traitements et des services de soutien, et la difficulté pour les personnes souffrant de troubles concomitants de faire la navette entre deux systèmes de services distincts<sup>28</sup>.
  - **Services de soins en santé mentale : expansion et meilleur accès.** Pour les Premières nations et les Inuits, les services de traitement des toxicomanies sont mieux conçus et plus faciles d'accès dans leurs collectivités que le sont les services de traitement des maladies mentales. L'intégration de services de traitement des toxicomanies et de soins en santé mentale contribuerait à l'expansion et à l'amélioration des services de traitement de la maladie mentale<sup>29</sup>.

---

<sup>22</sup> Mandell, 1984

<sup>23</sup> Rush et coll., 2008, p.4.

<sup>24</sup> Santé Canada, Groupe de travail sur l'intégration de services de soins en santé mentale et de traitement des toxicomanies et la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, 2003, p. 18.

<sup>25</sup> P. ex. Minkoff, 2001; O'Brien et coll. 2004; Flynn et Brown, 2008.

<sup>26</sup> Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2002; Centre for Substance Abuse Treatment, 2005.

<sup>27</sup> Rush et coll., 2008.

<sup>28</sup> Rush et coll., 2008, p.2.

<sup>29</sup> Santé Canada, Groupe de travail sur l'intégration de services de soins en santé mentale et de traitement des toxicomanies et la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, 2003, p. 18.

- Progrès dans l'utilisation de la technologie de l'information; par exemple, la santé en ligne, qui facilite le partage d'information sur la santé ainsi que d'autres activités et stratégies d'intégration appuyées par la télésanté, le testage en ligne et d'autres applications<sup>30</sup>.
- e. **Rentabilité.** Pour réduire le dédoublement des services, réduire les écarts de service et optimiser l'utilisation des maigres ressources, un système intégré de services de traitement des toxicomanies et de soins en santé mentale semble justifié<sup>31</sup>.
- Les pressions économiques et la nécessité de disposer de diverses stratégies de limitation des coûts et, en particulier, de stratégies visant à diminuer le recours à des services aux patients hospitalisés et une hausse correspondante des besoins de modèles de continuums de soins communautaires de collaboration<sup>32</sup>.
- f. **Le mouvement des consommateurs.** Un important mouvement de consommateurs qui exige plus de services conviviaux axés sur les clients et un meilleur accès à l'information pour favoriser une prise de décision éclairée; un rôle prédominant pour la satisfaction des consommateurs en tant qu'indicateur de rendement et de responsabilité, qui, à son tour, amène les fournisseurs de services à être plus flexibles et souples à l'égard des services de traitement et de soutien qu'ils offrent<sup>33</sup>.

## ***2. Le défi lié aux définitions***

Comme le démontre la documentation sur l'intégration, le manque de définitions claires en matière de santé mentale et de toxicomanies peut compliquer l'intégration. La santé mentale est-elle perçue, d'un point de vue du diagnostic, comme les troubles définis dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM - IV) ou, d'un point de vue dimensionnel, comme une détresse psychologique ou un handicap sur le plan du fonctionnement ou du mieux-être? Devrions-nous également nous référer à la définition de la dépendance du DSM - IV? Les troubles concomitants peuvent-ils comprendre les problèmes de jeu, les dépendances au sexe et la dépendance à Internet?

## ***3. Lacunes et défis liés à la documentation***

À la suite d'un examen de la documentation concernant l'intégration, voici les deux documents qui décrivent le mieux les lacunes et les défis de l'intégration. Certains points importants mentionnés dans ces documents sont paraphrasés/résumés dans cette section.

### **A. Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, des Sciences et de la Technologie — *Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie : Problèmes et solutions pour le Canada***

---

<sup>30</sup> Rush et coll., 2008.

<sup>31</sup> Santé Canada, Groupe de travail sur l'intégration de services de soins en santé mentale et de traitement des toxicomanies et la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, 2003, p. 19.

<sup>32</sup> Rush et coll., 2008.

<sup>33</sup> Rush et coll., 2008.

- De façon générale, les témoins se sont entendus pour dire que les niveaux de financement actuels des services de soins en santé mentale et de traitement des toxicomanies chez les Premières nations et les Inuits sont insuffisants et disproportionnés par rapport au fardeau de la maladie.
- On observe une mauvaise distribution des ressources humaines dans ce domaine, ce qui entraîne certaines préoccupations relativement à l'accès aux services de soins et de soutien nécessaires dans les régions rurales et éloignées du Canada.
- Dans les collectivités autochtones, les systèmes de soins en santé mentale et de lutte contre les toxicomanies sont hautement fragmentés. Les services de soins et de soutien sont fournis par divers ordres de gouvernement et divers ministères, et la collaboration est limitée.
- On observe une pénurie inquiétante de professionnels autochtones bien formés en santé mentale et en lutte contre les toxicomanies. Généralement, on observe aussi un manque de services adaptés à la culture.
- Certaines provinces ont intégré des questions autochtones à leurs stratégies en santé mentale, ce qui crée des obstacles à l'accès.
- Les témoins du Comité sénatorial ont souligné que le fait d'offrir à tous des programmes et des services identiques ne répond pas efficacement aux besoins des peuples autochtones. Sur le plan pratique, cela signifie qu'il serait de loin préférable que les ministères délèguent aux collectivités autochtones le pouvoir d'adapter les services et de réagir avec souplesse aux circonstances locales. Parallèlement, il faudrait appuyer les peuples autochtones qui élaborent leurs propres solutions, plutôt que de leur imposer des solutions provenant de « l'extérieur ».

**B. Santé Canada, Groupe de travail sur l'intégration de services de soins en santé mentale et de traitement des toxicomanies — *Intégration de services de soins en santé mentale et de traitement des toxicomanies chez les Premières nations et les Inuits : Document de travail***

- Deux solitudes, deux structures de services : Les services de traitement des toxicomanies et de soins en santé mentale sont trop souvent des entreprises distinctes soumises à des systèmes, à des gens, à des cultures et à des modèles différents (modèle professionnel/médical par opposition à un modèle d'entraide — modèle cognitif/comportemental par opposition à un modèle en douze étapes).
- Conception des services de traitement des toxicomanies et de soins en santé mentale : Les services de traitement des toxicomanies chez les Premières nations et les Inuits sont mieux conçus que les services de soins en santé mentale chez les Premières nations et les Inuits. Attendu que des services de traitement des toxicomanies sont fournis dans les collectivités des Premières nations et des Inuits (dans les réserves), les services de traitement en santé mentale sont généralement fournis par le DGSPNI et les services provinciaux de soins en santé mentale (hors réserve).

- Définition du problème : La nature, la prévalence et l'incidence de problèmes de toxicomanie et de santé mentale chez les Premières nations et les Inuits doivent toujours faire l'objet d'une étude approfondie.
- Données sur la nature, la prévalence et l'incidence des problèmes : L'absence d'études et de données sur la nature, la prévalence et l'incidence des problèmes de toxicomanie et de santé mentale chez les Premières nations et les Inuits complique la planification et l'évaluation.
- Conception des services de soins en santé mentale : Les services de traitement des toxicomanies sont mieux conçus que les services de soins en santé mentale, et les services de traitement en santé mentale doivent être élargis et améliorés.
- Prépondérance des toxicomanies ou des problèmes de santé mentale : Il serait facile pour les toxicomanies ou les problèmes de santé mentale de dominer l'autre. Par ailleurs, en raison de la présence plus importante et de la conception de services de traitement des toxicomanies dans les collectivités des Premières nations et des Inuits, les toxicomanies sont les plus susceptibles de dominer.
- Services médicaux et services non médicaux : Les services de soins en santé mentale sont souvent associés aux services médicaux, au personnel médical et au personnel professionnel, alors que les services de traitement des toxicomanies sont associés aux services non médicaux et aux auxiliaires.
- Guérisseurs traditionnels : Il faut définir les rôles et reconnaître les contributions des guérisseurs traditionnels.
- Consultation et supervision en milieu clinique : Puisqu'on a souvent besoin de services dans les petites collectivités éloignées et que ceux-ci sont fournis par des auxiliaires, on doit trouver un moyen efficace de fournir des services de consultation, de conseils et de supervision en milieu clinique.
- Troubles concomitants : Les Premières nations et les Inuits souffrent très souvent aussi bien de problèmes de toxicomanie que de problèmes de santé mentale et les services de traitement des toxicomanies et de soins en santé mentale servent la même population (c.-à-d. que les gens qui souffrent de problèmes de toxicomanie éprouvent également souvent des problèmes de santé mentale et que ceux qui ont des problèmes de santé mentale souffrent également de problèmes de toxicomanie).
- Collaboration avec d'autres services et fournisseurs de services : Il est souvent difficile d'établir des relations de travail axées sur la collaboration avec d'autres services et fournisseurs de services (p. ex. services provinciaux/territoriaux de traitement des toxicomanies et de soins en santé mentale, personnel professionnel hors réserve financé par la DGSPNI).

#### **4. Lacunes et défis liés aux entrevues**

Ce projet constituait une occasion pour les membres du personnel du PNLAADA occupant divers postes de partager leurs points de vue à l'égard de l'intégration de services de soins en santé mentale dans les programmes actuels du PNLAADA. On a demandé aux participants de discuter de la façon dont la santé mentale est actuellement perçue/abordée au sein du PNLAADA, ainsi que des défis et des possibilités pour améliorer les soins en santé mentale au sein du PNLAADA.

Les participants ont relevé plusieurs préoccupations concernant les lacunes et les défis. Tel qu'indiqué précédemment, les participants provenaient de différentes régions. Aussi, il se peut que leurs commentaires ne s'appliquent pas nécessairement à toutes les régions. Dans certains cas, un commentaire formulé par un participant contredira un commentaire formulé par un autre.

- a. Les participants ont relevé plusieurs préoccupations à l'égard du mandat actuel du PNLAADA.
  - Les services de soins en santé mentale ne semblent pas faire l'objet d'un mandat clair au sein du PNLAADA.
  - Les programmes *Grandir ensemble* et *Pour des communautés en bonne santé* ainsi que le PNLAADA ont tous des mandats différents.
  - On note un manque de collaboration entre les programmes de la DGSPNI et de la confusion concernant les fournisseurs de services de soins en santé mentale et de traitement des toxicomanies.
  - Le mandat actuel crée un obstacle en ce qui a trait aux questions juridictionnelles en limitant le financement/les services aux centres se trouvant dans les réserves.
  - On a créé le PNLAADA pour traiter l'abus d'alcool et de drogues, non la santé mentale... Nous devons disposer d'un nouveau mandat car actuellement, on ne peut fusionner ces deux problèmes.
  - Dans le cadre du PNLAADA, on n'a pas vraiment examiné la santé mentale de façon approfondie. Les problèmes de santé mentale et de toxicomanie constituent un seul et unique problème; par conséquent, ils ne devraient pas être traités séparément.
  - Une personne appartenant à une Première nation ne cesse pas de faire partie de ce peuple simplement parce qu'elle ne vit pas dans une réserve. La politique de non-juridiction doit changer car la moitié des personnes appartenant à une Première nation vivent maintenant dans un centre urbain.
  - Dans quelques-uns des grands centres, certains jugent les services de soins en santé mentale plus importants que les services de traitement des toxicomanies, ce qui cause une dispute territoriale.

- Au cours des dix à quinze dernières années, on a agi en faveur des traitements en santé mentale, mais dans le milieu des centres de traitement, on craint de perdre le financement destiné aux traitements des toxicomanies au profit des traitements en santé mentale.
  - Il est également très important que le traitement des toxicomanies ne se perde pas dans le nouveau mouvement à combiner santé mentale et toxicomanies. Le traitement des toxicomanies est vraiment crucial; les intervenants en toxicomanie craignent que si l'on favorise l'enveloppe des soins en santé mentale, les budgets déjà insuffisants seront soumis à d'autres réductions.
- b. Les participants ont relevé plusieurs préoccupations à l'égard des programmes du PNLAADA.

Le principal thème abordé dans les réponses des participants fut le manque de capacité à fournir des services de soins et de soutien en santé mentale. Il leur a été facile de donner des exemples tirés de leur travail sur des lacunes observées dans les services de soins en santé mentale offerts à leur centre. Par exemple, on note un manque d'expertise pour ce qui est de traiter des problèmes de santé mentale complexes, notamment des questions de deuil et de perte et le syndrome de stress post-traumatique.

- Dans le cas de certains clients, un diagnostic professionnel concernant la santé mentale aiderait les intervenants de centres de traitement à mieux les comprendre.
- Certains participants ont indiqué ne pas pouvoir traiter certains clients aux centres de traitement; p. ex. clients suicidaires.
- Des participants ont indiqué un manque de capacité à fournir des services de suivi et de soutien aux familles, surtout lorsque les clients doivent quitter leur collectivité pour suivre un traitement.
- On a fait remarquer que beaucoup de clients étaient sous médication; cependant, en règle générale, les membres du personnel du PNLAADA n'étaient pas formés pour participer à la gestion de la médication. Certains centres peuvent même avoir des restrictions pour admettre des clients consommant certains médicaments.
- L'éloignement des centres de traitement ne fait qu'aggraver ces problèmes, puisqu'il arrive souvent qu'aucun service de soutien ne soit offert à proximité.
- Plusieurs participants ont mentionné que les services de transport offerts aux clients ayant accès à des services d'accompagnement au centre de traitement des toxicomanies, particulièrement à des soins primaires, constituaient un problème.
- On a invoqué que les problèmes de transport empêchaient les professionnels de la santé externes d'avoir accès aux régions éloignées (il s'agit d'un service de santé non assuré toujours problématique dans certaines régions).

- c. Les participants ont relevé plusieurs préoccupations à l'égard des ressources humaines.
- L'incapacité de bon nombre de centres à embaucher du personnel qualifié constitue un problème de taille en ce qui a trait à la capacité de fournir des services de soins en santé mentale, ainsi qu'à l'élaboration de plans d'élargissement d'un mandat en matière de santé mentale.
  - Des participants ont relevé un manque d'employés formés et qualifiés dans les programmes existants et ont indiqué que cette situation poserait problème si on ajoutait la prestation de services de soins en santé mentale à cette charge de travail.
  - Servir des collectivités rurales et éloignées constitue tout un défi. Beaucoup de collectivités isolées sont petites et ne peuvent attirer des travailleurs qualifiés en mesure de fournir des soins.
  - Quels sont les critères relatifs à l'embauche, aux salaires, à la supervision et à la gestion de cas? Quelle formation les directeurs en santé doivent-ils avoir suivie et quelles qualifications doivent-ils posséder?
  - Les ressources humaines constituent également un problème au niveau de la bande puisque les interventions primaires, les interventions secondaires, les traitements et les suivis ne peuvent être assumés par une seule personne dans chaque communauté. Si nous ajoutons officiellement des services de soins en santé mentale au PNLAADA, nous devons disposer d'un budget destiné à la formation et à l'embauche d'autres intervenants.
- d. Les participants ont relevé plusieurs préoccupations à l'égard du système de santé mentale en général.
- Les services de soins en santé mentale, notamment les services de désintoxication et d'évaluation, sont souvent soumis à de longues listes d'attente. Dans bon nombre de cas, il se peut que les services n'existent même pas pour certains groupes, plus particulièrement pour les jeunes. Ces services sont souvent nécessaires pour admettre des clients en traitement ou fournir des renseignements concernant les troubles concomitants qui faciliteraient le traitement des clients.
  - Dans le système de santé mentale, des participants ont également relevé le manque de professionnels autochtones en santé mentale, plus particulièrement de psychiatres.
  - On a mentionné que les défis juridictionnels à plusieurs niveaux constituaient un problème. Le problème juridictionnel fédéral/provincial a été abordé en ce sens que les personnes des Premières nations n'ont pas accès à certains services provinciaux. Par exemple, un participant a indiqué que les clients de son centre n'étaient pas en mesure de subir un examen physique, un préalable à l'admission en traitement.

- Des participants ont relevé le manque de soins appropriés sur le plan culturel dans le système de santé mentale en général. Des participants ont insisté sur la nécessité d'équilibrer les approches médicales occidentales et la guérison traditionnelle dans les programmes du PNLAADA.
- e. Des participants ont relevé plusieurs préoccupations sur les attitudes et les connaissances communautaires en ce qui concerne la santé mentale et les services de soins en santé mentale.
- Il faut sensibiliser les collectivités pour que les gens puissent reconnaître les problèmes de santé mentale chez les autres et chez eux-mêmes.
  - Il y a toujours lieu d'éduquer les gens sur la santé mentale, en particulier parce que cette question crée un sentiment de gêne ou de honte chez plusieurs.
  - Dans les petites collectivités, il faut assurer la confidentialité des clients qui reçoivent des services de soins en santé mentale.
  - Outre les services de soins en santé mentale offerts par le PNLAADA, l'organisation et l'utilisation de services offerts par des aînés constitueraient une ressource inestimable.

## ***5. Exemples de pratiques exemplaires/modèles prometteurs, de partenariats et d'ententes***

### **Exemples au sein du PNLAADA**

En raison du nombre limité de participants interrogés dans le cadre de l'étude, il y a sans doute beaucoup d'exemples de pratiques exemplaires/modèles prometteurs, partenariats et ententes dont on n'a pas fait mention. Toutefois, les exemples suivants démontrent la variété de pratiques exemplaires actuellement utilisées.

- L'embauche de professionnels en santé mentale, notamment des psychologues et des conseillers, constituait une stratégie prometteuse en matière de prestation de services de soins en santé mentale. Dans la région de la Colombie-Britannique, 11 des 12 centres de traitement disposent de fonds pour embaucher des fournisseurs de services en santé mentale. La Saskatchewan offre également une aide financière en milieu clinique à tous les centres de traitement, que ce soit pour des services de soins en santé mentale ou de supervision. Au Québec, certains clients sont aiguillés vers des centres de soins de santé mentale privés.
- Certains participants ont également mentionné que la santé mentale est traitée grâce à l'intégration de méthodes de guérison traditionnelles. Par exemple, en tant que composantes clés de leur travail, la plupart des centres de traitement tiennent des cérémonies et des événements culturels.
- Voici certaines pratiques exemplaires que l'on retrouve dans les centres de traitement du PNLAADA :

- Première nation d'Onion Lake — Cette collectivité dispose d'un centre de traitement doté de cinq équipes de gestion de crise. Elles tiennent des réunions interorganismes chaque semaine entre le personnel du PNLAADA et des représentants de l'école locale, du service de police et du programme *Grandir ensemble*.
- Première nation d'Okanese — Cette collectivité a abordé des questions de toxicomanies en embauchant des travailleurs sociaux. Un intervenant en santé mentale et un conseiller agissent à titre de mentors pour ces travailleurs sociaux.
- Centre de traitement de Round Lake — Ce centre offre un traitement par l'entremise de deux psychologues cliniques employés à temps partiel et une formation en santé mentale au moyen de vidéoconférences et d'installations Internet.
- Centre de traitement de Tsow-tun le lum — Un Aîné se trouve au centre de traitement en tout temps pour fournir des services de guérison traditionnelle et de counseling. Un programme de guérison d'une durée de six semaines est offert aux clients qui terminent le programme de traitement des toxicomanies d'une durée de six semaines. Environ le tiers des clients de chaque programme sont des clients de Service correctionnel Canada, qui fournit au centre une source de revenus supplémentaire. Le centre fait équipe avec le Programme de soutien des pensionnats indiens, qui offre au centre trois postes dont les titulaires sont chargés de sensibiliser la collectivité et d'offrir du soutien aux survivants des pensionnats.

### **Exemples à l'extérieur du PNLAADA**

Santé mentale chez les Autochtones — Au cours des dix dernières années, on a conçu beaucoup de nouveaux programmes et outils en santé mentale chez les Autochtones. Les exemples suivants de la Colombie-Britannique ne représentent que quelques-uns des nombreux programmes conçus en santé mentale :

- Le *White Haven Healing Centre* intègre la guérison occidentale et traditionnelle et compte sur un spécialiste en toxicomanies et un psychologue qui offre un soutien clinique. Il vise également à offrir un continuum des soins, y compris des services d'évaluation, de counseling et de suivi.
- Green et McCormick ont conçu un guide pour les animateurs de groupes de soutien sur le deuil et la perte chez les Autochtones ainsi qu'un programme de formation à utiliser dans les collectivités<sup>34</sup>.
- McCormick et France ont conçu un manuel du participant sur le soutien des pairs autochtones et un guide de l'animateur à utiliser dans les collectivités.

---

<sup>34</sup> McCormick, n.d., diapositive 57.

Cadre d'intégration — Dans certaines provinces et certains territoires, des cadres d'intégration ont été élaborés. Les exemples suivants du Manitoba et des Territoires du Nord-Ouest montrent quelques-uns de ces cadres et stratégies :

- Dans le cadre de l'initiative sur les troubles concomitants de la Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances, on a élaboré des lignes directrices pour la formation clinique en ce qui concerne les troubles concomitants et on a révisé les politiques et les pratiques des programmes de services participants dans les domaines de la santé mentale et des toxicomanies. À l'échelle du système, les clients subissent maintenant des tests de dépistage de troubles concomitants et des plans de traitement intégrés sont élaborés pour les clients qui en souffrent.
- Les *Northwest Territories Mental Health and Addictions Services* intégreront des membres du personnel de santé mentale et de traitement des toxicomanies et d'autres fournisseurs de services aux soins communautaires primaires. Les services de soins en santé mentale et de traitement des toxicomanies fourniront un continuum de services qui permettra aux clients de continuer à vivre dans leur collectivité ou leur région. On investira dans la santé mentale et le traitement des toxicomanies à l'échelle communautaire où la plupart des services de prévention, de traitement ambulatoire et de suivi devraient être offerts. Les services de soins en santé mentale et de traitement des toxicomanies feront intervenir une équipe multidisciplinaire comprenant des travailleurs communautaires, des spécialistes du mieux-être, des infirmières, des travailleurs en santé mentale, des conseillers en toxicomanie, etc. On élaborera de façon continue un modèle intégré de prestation de services afin d'aborder le dédoublement des services et on mettra en œuvre des pratiques exemplaires.

## **6. Exemples de possibilités de partenariats**

Les partenariats constituaient un autre moyen par lequel les centres de traitement pouvaient renforcer la capacité de leur personnel actuel. Par exemple, dans certains centres de traitement, les intervenants du PNLAADA ont pu participer à des programmes de formation offerts par des autorités en matière de santé et portant entre autres sur l'évaluation des risques et les processus d'aiguillage aux services de soins en santé mentale appropriés.

- Au Manitoba, il existe des exemples d'autorités en matière de santé travaillant dans les réserves, ce qui démontre que les questions juridictionnelles peuvent être réglées grâce à des partenariats.

Exemples de possibilités de partenariats :

- Un participant a décrit une collaboration en cours avec le centre de désintoxication local pour faciliter l'admission à son centre de traitement.
- Des intervenants de certains centres de traitement du PNLAADA et de bureaux communautaires peuvent participer à la formation existante avec leur bande ou leur organisation tribale.

- L'Association canadienne de counseling (ACC) a indiqué vouloir discuter de la certification des conseillers autochtones en santé mentale. En ce moment, l'ACC est le seul organisme qui certifie des conseillers professionnels à l'échelle nationale.
- L'*Association of BC First Nations Treatment Programs* a mis sur pied une société indépendante, maintenant connue sous le nom de *First Nations Wellness Addictions Counsellor Certification Board*, pour faciliter le processus de certification de travailleurs autochtones en toxicomanie. Le conseil a fait équipe avec l'Institut de technologie de la vallée Nicola dans le cadre de son programme d'études en counseling sur les dépendances aux produits chimiques. Ce programme, qui s'adresse particulièrement aux Autochtones, offre les compétences essentielles requises pour faire partie du *First Nations Wellness Addictions Counsellor Certification Board*.
- Des associations professionnelles de counseling et du domaine de la psychologie ont manifesté un certain intérêt à fournir des services communautaires bénévoles pour aider les travailleurs en santé mentale dans les collectivités autochtones dans la prestation de services de consultation et de supervision en milieu clinique.
- Le document du Conseil exécutif canadien sur les toxicomanies portant sur l'intégration de systèmes et de services de soins en santé mentale et de traitement des toxicomanies nomme et décrit des partenaires, des niveaux et des stratégies de toutes sortes en ce qui a trait à l'intégration. À l'échelle nationale, des organismes comme Santé Canada (dans le cadre de la stratégie antidrogue du Canada), la Commission de la santé mentale, le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, et le Conseil exécutif canadien sur les toxicomanies pourraient offrir un leadership de collaboration dans ce domaine, en collaboration avec divers organismes intervenants. Les administrations provinciales et territoriales devraient également être proactives pour ce qui est d'appuyer des activités d'intégration; par exemple, des projets de démonstration et des mesures incitatives.

## **7. Pratiques/modèles exemplaires aux niveaux de prestation systémique de programmes et de services trouvés dans la documentation**

La présente section décrit quelques-unes des pratiques exemplaires et stratégies et quelques-uns des modèles se trouvant dans la documentation et se rapportant aux niveaux de prestation de systèmes, de programmes et de services. Les exemples provenant des six documents examinés offrent une orientation dans de nombreux secteurs liés à l'intégration de services de soins en santé mentale et de traitement des toxicomanies et sont décrits dans le cadre de stratégies générales. Les autres exemples visent à résumer la documentation sur les pratiques exemplaires examinées dans le présent document. On fournit des recommandations et des exemples précis tirés de la documentation et que les rédacteurs estiment pertinents dans le cadre de cette recherche. Les autres exemples sont organisés en 13 catégories : recherche, politiques, renforcement des capacités des ressources humaines, salaires, accréditation/certification, soutien, traitement, counseling par encouragement, intervention en cas de crise, démarches axées sur la culture, services cliniques, suivi et sensibilisation du public.

## **i. Stratégies générales**

*Rapport 1 : Intégration de services de soins en santé mentale et de traitement des toxicomanies chez les Premières nations et les Inuits : Document de travail (Groupe de travail sur l'intégration de services de soins en santé mentale et de traitement des toxicomanies)*

L'intégration de services de traitement des toxicomanies et de soins en santé mentale peut s'étendre à un continuum, allant d'un simple référencement par la coopération, la consultation et la collaboration à un simple contexte ou modèle de traitement qui contient les trois niveaux. Les trois niveaux de prestation de services sont classés et définis de la façon suivante :

1. Traitement intégré — interaction entre les cliniciens en toxicomanie et/ou en santé mentale et la personne. Le traitement intégré porte tant sur les problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie que sur les besoins en santé mentale de la personne.
2. Programme(s) intégré(s) — la structure organisationnelle de prestation d'un traitement intégré. Le programme de traitement des toxicomanies ou de soins en santé mentale vise à ce que l'on dispose d'une gamme d'employés ou de liens avec d'autres programmes répondant à tous les besoins de ses clients. Le programme doit veiller à ce que les services soient fournis dans un contexte approprié et facilement accessible, et à ce qu'ils soient compétents sur le plan culturel, etc.
3. Système intégré — la structure organisationnelle de soutien d'une gamme de programmes offerts à des gens ayant des besoins différents, y compris des personnes souffrant de troubles concomitants d'alcoolisme et de toxicomanie et de troubles mentaux. Le système doit veiller à ce que les bons mécanismes de financement soient en place pour appuyer les besoins du continuum de services; aborder la délivrance de titres et de certificats ainsi que d'autres questions; établir des systèmes de collecte de données et de production de rapports et l'évaluation des besoins; la planification et d'autres fonctions connexes.

*Rapport 2 : Cadre de renouvellement du PNLAADA pour la mise en œuvre des recommandations stratégiques de l'Examen général de 1998 du PNLAADA (National Native Addictions Partnership Foundation).*

Ce rapport a généré plusieurs recommandations visant à renforcer les services de traitement des toxicomanies dans les réserves, y compris :

- Poursuivre l'intégration des services de traitement des toxicomanies et de soins en santé mentale en intégrant les services actuels de traitement des toxicomanies et de soins en santé mentale.
- Élaborer de l'information de base sur le nombre actuel de spécialistes du mieux-être mental/de guérisseurs et fixer des objectifs à atteindre.

- Préciser la signification de l'intégration et veiller à ce que les programmes de traitement des toxicomanies ne se perdent pas dans les nouveaux programmes de soins en santé mentale.
- Préciser le mandat du PNLAADA en matière de santé mentale. Créer et appliquer un financement systématique et une solide orientation nationale pour les services de soins et de soutien en santé mentale.
- Veiller à ce que l'on ait recours à l'optique de la santé de la population dans les décisions d'intégration. Évaluer et traiter les clients dans le contexte des déterminants non médicaux de la santé.

*Rapport 3 : Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie : Problèmes et options pour le Canada* (Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, des Sciences et de la Technologie)

Dans le rapport du Sénat, on a relevé un certain nombre d'étapes pour l'intégration, y compris :

1. Se fonder sur les communautés en ce qui concerne les services et les pratiques.
2. Mettre l'accent sur le rétablissement.
3. Créer des programmes d'autothérapie et de soutien des pairs.
4. Renforcer les services communautaires non médicaux.
5. Tenir compte des déterminants de la santé.

*Rapport 4 : Plan d'action stratégique sur le bien-être mental chez les Premières nations et les Inuits*, ÉBAUCHE (septembre 2007). Élaboré par le Comité consultatif sur la santé mentale des Premières nations et des Inuits.

Le Comité consultatif sur la santé mentale des Premières nations et des Inuits a relevé cinq buts prioritaires dans le Plan d'action stratégique sur le bien-être mental chez les Premières nations et les Inuits. Même s'il porte principalement sur les services en santé mentale offerts aux Autochtones, il aborde l'élaboration d'un continuum de la santé mentale coordonné ainsi que la nécessité d'instaurer une collaboration entre les services de soins en santé mentale et de traitement des toxicomanies.

1. Appuyer l'élaboration d'un continuum coordonné de services favorisant le mieux-être mental offerts par et pour les Premières nations et les Inuits et comprenant des approches traditionnelles, culturelles et conventionnelles.
2. Publier et partager des connaissances sur les approches traditionnelles, culturelles et conventionnelles prometteuses par rapport au mieux-être mental.

3. Appuyer et reconnaître la collectivité, qui doit être considérée comme sa meilleure ressource, en reconnaissant les divers modes d'apprentissage et en renforçant la capacité communautaire d'améliorer la santé mentale.
4. Renforcer les connaissances, les compétences, le recrutement et le maintien en poste de travailleurs en santé mentale et en services connexes capables de fournir aux Premières nations et aux Inuits des services de soins et de soutien efficaces et sécuritaires sur le plan culturel.
5. Préciser et renforcer les relations de collaboration entre les services de soins en santé mentale, de traitement des toxicomanies et les services humanitaires connexes et entre les programmes et les services offerts à l'échelle provinciale, territoriale et aux Premières nations et aux Inuits.

*Rapport 5 : On the Integration of Mental Health and Substance use Services and Systems (Conseil exécutif canadien sur les toxicomanies)*

Adopter un paradigme axé sur les forces permettant d'évaluer systématiquement les similitudes entre les secteurs respectifs de la santé mentale et de la toxicomanie et les exploiter au profit de divers types d'intégration et pour différentes sous-populations.

Parmi les exemples de similitudes sur lesquels on s'est appuyé, mentionnons : le recours à l'approche du « continuum des soins » par rapport à la planification du système et le besoin de traitement individualisé et de soutien dans ce continuum; l'importance d'un réseau coordonné de services dans la collectivité qui comprend des services spécialisés ainsi que d'autres services requis par référencement; l'importance des ressources d'autothérapie et des services d'aide à la famille; et le partage d'un terrain d'entente dans le cadre de la lutte contre la stigmatisation et la discrimination.

Il faut une perspective sur la santé de la population où l'on reconnaît l'éventail complet des problèmes de santé vécus par des gens qui souffrent de troubles de santé mentale et de toxicomanie. Une telle perspective plaide de façon persuasive en faveur d'une approche holistique à l'égard de l'intégration des services et des systèmes et indique également le besoin d'une intégration plus étroite avec d'autres services de soins de santé (en particulier les services médicaux et d'urgence de soins primaires). Cette approche permettrait d'aborder les besoins des gens de façon vraiment holistique et d'éviter les multiples voies disparates du système de santé que doivent maintenant emprunter les patients pour obtenir des services de soins et de soutien.

Dans le cadre de tout effort d'intégration, on doit disposer de ressources adéquates et être bien appuyé car bon nombre des changements requis relèvent du domaine de la culture organisationnelle et systémique et, par conséquent, nécessitent des efforts soutenus et des boucles de rétroaction correctives continues afin d'assurer l'atteinte des buts à l'égard des gens devant recevoir des services de soins et de soutien. Enfin, ce seront les services intégrés fonctionnellement qui auront une incidence sur l'expérience vécue des gens.

*Rapport 6 : Intégration de services de soins en santé mentale et de traitement des toxicomanies chez les Premières nations et les Inuits : Document de travail (Groupe de*

travail sur l'intégration de services de soins en santé mentale et de traitement des toxicomanies)

En recommandant l'intégration de services de traitement des toxicomanies et de soins en santé mentale, le Groupe de travail sur l'intégration de services de soins en santé mentale et de traitement des toxicomanies de Santé Canada recommande fortement que les activités et les processus d'intégration soient orientés par d'importants principes liés aux clients, aux fournisseurs de services et aux services.

***Principes liés aux clients***

- Axés sur la famille et la collectivité — la famille et la collectivité sont au centre de la prestation des services.
- Axés sur les clients — les services répondent aux besoins des clients, des familles et des collectivités plutôt qu'aux besoins du système de services.

***Principes liés aux fournisseurs de services***

- Réceptivité
- Axés sur les forces
- Diversité
- Groupes les plus vulnérables desservis
- Guérison traditionnelle et savoir autochtone
- Amélioration constante de la qualité
- Confidentialité
- Normes de service
- Responsabilité
- Perfectionnement professionnel continu

***Principes liés aux services***

- Accessibilité
- Durabilité
- Partenariat
- Fondés sur des données probantes
- Contrôle communautaire

- Sécurité communautaire
- Constance
- Viabilité
- Ressources adéquates

Le Groupe de travail sur l'intégration de services de soins en santé mentale et de traitement des toxicomanies a adopté le Continuum de bien-être holistique comme modèle central d'intégration du traitement des toxicomanies et de services de soins en santé mentale.

- Voici les principales composantes et sous-composantes du Continuum de soins :
  - Prévention et promotion
  - Admission, évaluation et référence
  - Guérison dans la collectivité et en établissement
  - Counselling par encouragement
  - Intervention en cas de crise
  - Services de guérison spécialisés
  - Approches axées sur la culture
  - Services cliniques
  - Traitement en établissement
  - Services intensifs pour besoins complexes
  - Suivi et réadaptation
  - Gestion de cas

## **ii. Stratégies de recherche**

- Créer des liens entre les spécialistes communautaires du mieux-être mental/guérisseurs et la collectivité de la recherche afin de soutenir une approche fondée sur des données probantes, y compris le savoir autochtone, les modes d'apprentissage et l'expérience de la vie.
- Renforcer la capacité des Premières nations et des Inuits d'assumer un rôle principal dans la recherche, la surveillance et les pratiques fondées sur des données probantes en augmentant le nombre de chercheurs, de planificateurs et de statisticiens du

domaine de la santé et d'épidémiologistes chez les Premières nations et les Autochtones.

- On doit disposer d'un programme de recherche afin de déterminer les types de services de soutien au niveau des systèmes les plus utiles et, si possible, essentiels se traduisant par des services de traitement et de soutien plus accessibles, efficaces et rentables.
- On doit davantage mettre l'accent sur l'évaluation des programmes et des politiques vu la nécessité de disposer de plus de données sur les stratégies d'intégration au niveau des systèmes. D'autres évaluations permettront d'atténuer le risque de pseudo-intégration, soit l'élaboration de nouvelles structures et de nouveaux processus créés dans l'esprit d'une meilleure intégration, mais sans une évaluation réfléchie [approfondie?] des risques et des avantages pour toutes les personnes concernées, et sans différence tangible sur le terrain pour la personne et les familles qui doivent recevoir un traitement et du soutien.
- Il faut disposer d'un programme de recherche et d'évaluation qui permet de cataloguer et de décrire d'abord ce qui a été fait à ce jour et les leçons qu'on en a tirées relativement à l'intégration. Une telle compilation devrait être effectuée dans le cadre des efforts d'intégration tant au niveau des services que des systèmes. Cette démarche permettrait d'obtenir des données « normatives » avec lesquelles comparer les résultats d'un processus d'intégration local ou juridictionnel.

### **iii. Politique**

- Élaborer des politiques exhaustives et uniformes pour l'intégration nationale de services de traitement des toxicomanies et de soins en santé mentale.
- Normaliser les politiques, les procédures et les programmes afin d'assurer une approche systématique à l'égard de toute initiative d'intégration.
- L'administration régionale intégrée pourrait améliorer la coordination de services de counseling par encouragement au moyen de mécanismes de financement et de responsabilisation mieux intégrés.
- Dans le cadre de l'élaboration de politiques, on doit reconnaître et aborder l'intégration, la responsabilisation, les troubles concomitants, les guérisseurs traditionnels (reconnaissance et contribution) et la consommation de drogues dans le traitement (consommation fréquente dans le traitement en santé mentale et consommation fréquente de méthadone dans le traitement de dépendances aux narcotiques), et abstinence dans le traitement (fréquente dans le traitement des toxicomanies).

### **iv. Renforcement de la capacité des ressources humaines**

- Les établissements d'enseignement et de formation des Premières nations et des Inuits devraient disposer de fonds pour élaborer des programmes d'enseignement et

des cours conformes à un processus de certification personnel pour les travailleurs en santé mentale et en toxicomanie.

- Compiler une liste d'établissements de formation accrédités qui offrent des programmes appropriés dans le cadre du processus d'accréditation global.
- Entreprendre une recherche sur les possibilités de formation postsecondaire en mieux-être mental, y compris l'apprentissage à distance, et veiller à ce que tous les établissements/programmes respectent des normes acceptables.
- Veiller à ce que des occasions de continuer le perfectionnement soient offertes afin de renforcer les compétences et la fiabilité des employés actuels du mieux-être mental jusqu'à ce que le bassin de travailleurs qualifiés des Premières nations et des Inuits soit suffisant.
- Une formation spécialisée qui intègre des connaissances culturelles et en santé mentale et en toxicomanie est requise. Le *Saskatchewan Indian Institute of Technologies*, par exemple, conçoit des programmes pour répondre aux besoins des intervenants du PNLAADA de la Saskatchewan.
- Envisager des partenariats nationaux avec des établissements d'enseignement postsecondaire qui offrent des programmes sur la « santé mentale/toxicomanie » afin de concevoir des programmes de formation professionnelle menant à un grade en santé mentale/toxicomanie chez les Autochtones.
- Intégrer des services de counseling par encouragement en offrant une formation commune (liée à des titres de compétences d'auxiliaire) dans des domaines comme les techniques de consultation de base, la gestion de cas, l'orientation familiale et les connaissances de base des problèmes de toxicomanie et de santé mentale. Elle pourrait être liée à la formation sur l'évaluation et la conservation des données comme l'indique la composante *Admission, évaluation et référence* du continuum. La formation pourrait être orientée vers les généralistes en toxicomanie et en santé mentale ou permettre une spécialisation dans un domaine ou l'autre, selon une base de connaissances commune.
- Les initiatives communautaires doivent s'accompagner du renforcement de la capacité communautaire afin de présenter les programmes efficacement. Pour ce faire, la formation d'un plus grand nombre de professionnels de la santé autochtones constitue une stratégie clé. Les obstacles à l'accès aux divers services de santé mentale pourraient être éliminés et des soins plus adaptés culturellement seraient offerts.

## **v. Salaires**

- Un examen des salaires actuels en prévention et en traitement devrait être mené et une nouvelle grille nationale des salaires fondée sur la formation, l'expérience et l'éloignement devrait être établie.

- Des participants ont fait remarquer que l'augmentation du taux salarial des psychologues établi par la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits faciliterait l'obtention de ces services en sous-traitance.
- L'accroissement du financement destiné aux intervenants du PNLAADA améliorerait les possibilités de recrutement et de maintien en poste; des augmentations seraient également nécessaires advenant la mise en place d'exigences de formation plus élevées.
- Inciter les collectivités à offrir des salaires concurrentiels aux travailleurs du mieux-être mental/guérisseurs, et à couvrir les frais de scolarité, de déplacement, de subsistance, de livres, etc.

## **vi. Accréditation/certification**

- Un processus de certification pour les agents de prévention et les conseillers devrait être établi dans le cadre du processus d'accréditation élargi. La certification des conseillers en toxicomanie devrait comprendre une base de techniques de consultation générale, accompagnée d'une spécialisation en alcoolisme et en toxicomanie et d'une formation de conseiller en toxicomanie.
- Créer des processus de certification/recertification axés sur les Premières nations et les Inuits à l'intention des personnes qui fournissent des services favorisant le mieux-être mental aux Premières nations et aux Inuits.
- On doit se pencher sur la question de la fiabilité liée aux programmes, aux centres et au système, en tenant compte des questions liées aux professionnels et aux auxiliaires, aux permis, aux normes, à l'accréditation, aux qualifications, aux rôles, aux normes de travail, à la sécurité, à la supervision et à la consultation.
- Tel qu'indiqué précédemment, l'*Association of BC First Nations Treatment Programs* a mis sur pied une société indépendante, maintenant connue sous le nom du *First Nations Wellness Addictions Counsellor Certification Board*, pour faciliter le processus de certification de travailleurs autochtones en toxicomanie. Le conseil a fait équipe avec l'Institut de technologie de la vallée Nicola dans le cadre de son programme d'études en counseling sur les dépendances aux produits chimiques. Ce programme, qui s'adresse particulièrement aux Autochtones, offre les compétences essentielles requises pour faire partie du *First Nations Wellness Addictions Counsellor Certification Board*.

## **vii. Soutien**

- On devrait créer des lignes secours et des liens Internet pour que les intervenants du PNLAADA aient un accès rapide, au besoin, à des conseils professionnels offerts en tout temps sur les problèmes/solutions en matière de toxicomanie et de santé mentale.
- Offrir des ressources permettant l'établissement de « comptes rendus » (consultations de pairs), ressources conventionnelles, culturelles et traditionnelles (p. ex. services de

soutien d'un Programme d'aide aux employés [PAE] et supervision en milieu clinique). [Énoncé pas clair.]

- On devra avoir recours à des méthodes de vidéoconférence dans le cadre de la supervision en milieu clinique, de la consultation de cas et de la formation de travailleurs communautaires en santé mentale et en toxicomanie.
- Établir et financer un réseau de soutien pour les travailleurs en santé mentale/guérisseurs (télésanté, site Web, conférences annuelles, semblable au Cercle d'apprentissage à la petite enfance autochtone).
- Conférer une autonomie accrue aux travailleurs en santé mentale/guérisseurs communautaires en leur donnant des renseignements et des données en vue d'éclairer leurs programmes.
- On a suggéré comme possibilité de soutien l'exemple de recourir à des aînés dans le cadre d'un programme de traitement en établissement.

### **viii. Traitement**

- Il est clair qu'il faut documenter ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas en matière de traitement en santé mentale et des toxicomanies pour les clients autochtones. On doit rassembler les données existantes et financer des études empiriques pour examiner l'efficacité du traitement.
- On a énoncé deux solutions pour répondre aux besoins de traitement des collectivités rurales et éloignées. La première constitue le perfectionnement du « personnel centralisé » et la deuxième consiste à tirer parti des capacités croissantes en matière de vidéoconférence.
- Des services de soutien dans la collectivité permettraient aux familles d'offrir du suivi à leurs proches. Afin de prodiguer des services de soutien supplémentaires, on a suggéré de mettre en place une ligne secours pour les collectivités.
- Afin de progresser vers un continuum de services mieux intégré, les centres de traitement en établissement devraient élargir leur mandat pour intégrer le traitement de problèmes de santé mentale, et accroître leur capacité en conséquence. Certains centres ont déjà commencé à travailler dans ce sens. Par exemple, on pourrait encourager les centres de traitement à embaucher des fournisseurs de services en milieu clinique qui offriraient des services de psychothérapie, d'évaluation, de supervision ou de consultation de cas. On pourrait élaborer d'autres programmes de traitement des traumatismes et les offrir à plus grande échelle.
- Il faut appuyer les plans de traitement intégré, y compris la gestion intensive de cas, la formation et les protocoles relatifs à une approche d'équipe, le financement individualisé, les centres de ressources centraux et régionaux, et les liens solides avec les services d'intervention en cas de crise, les services de traitement des toxicomanies en établissement, les services tertiaires de soins en santé mentale, et les services de

justice. Pour que cette approche d'équipe fonctionne, et pour être en mesure de plaider en faveur des services appropriés pour les gens qui souffrent de troubles concomitants, on a besoin d'une expertise tant en ce qui concerne les toxicomanies que la santé mentale.

- La gestion de cas est indispensable au continuum holistique des services de mieux-être. La capacité en matière de gestion de cas peut être acquise dans le cadre d'une formation accréditée et de conférences de cas pratiques en milieu clinique pour les personnes ayant des besoins complexes.

#### **ix. Counselling par encouragement**

- On pourrait intégrer des services de counseling par encouragement en offrant une formation commune, liée à des titres de compétences d'auxiliaire, dans des domaines comme les techniques de consultation de base, la gestion de cas, l'orientation familiale et les connaissances de base des problèmes de toxicomanie et de santé mentale. Elle pourrait être liée à la formation portant sur l'évaluation et la conservation des données comme l'indique la composante *Admission, évaluation et référence* du continuum. La formation pourrait être orientée vers les généralistes en toxicomanie et en santé mentale ou permettre une spécialisation dans un domaine ou l'autre, selon une base de connaissances commune. L'administration régionale intégrée pourrait également améliorer la coordination de services de counseling par encouragement au moyen d'un financement plus intégré et de mécanismes de responsabilisation. Actuellement, les services de soins en santé mentale et de traitement des toxicomanies sont administrés par diverses parties de certains organismes régionaux de la DGSPNI.

#### **x. Intervention en cas de crise**

- L'intervention en cas de crise dans les domaines de la toxicomanie et de la santé mentale doit être totalement intégrée dans le cadre de l'intervention de l'équipe des services communautaires intégrés. Tous les fournisseurs de services auxiliaires doivent posséder des compétences en matière d'intervention, respecter des protocoles clairs, obtenir des comptes rendus et faire l'objet d'une supervision. Des responsabilités et des exigences précises doivent être établies en ce qui concerne la documentation et le suivi. Il est clair qu'il faut disposer d'une approche plus constante et proactive reposant sur la capacité communautaire et permettant d'élaborer un service national de surveillance et d'intervention sur lequel on peut compter, au besoin. Manifestement, les crises dans les collectivités des Premières nations et des Inuits nécessitent les efforts combinés des services de traitement des toxicomanies et de soins en santé mentale, ainsi que d'autres services, notamment les services de justice, de protection de l'enfance et de logement.
- En ce qui concerne l'intervention en cas de crise, tous les fournisseurs de services auxiliaires doivent posséder des compétences en matière d'intervention, respecter des protocoles clairs, obtenir des comptes rendus et faire l'objet d'une supervision. Des responsabilités et des exigences précises doivent être établies en ce qui concerne la documentation et le suivi.

## **xi Approches axées sur la culture**

- Il est essentiel d'adopter une approche holistique à l'égard de la guérison afin de disposer d'approches axées sur la culture, et d'une force motrice sous-jacente à ce cadre intégré. Il faut absolument intégrer des approches axées sur la culture, des approches adaptées à la culture, le savoir autochtone et la guérison traditionnelle, en tant qu'éléments accessibles et essentiels du continuum communautaire global intégré de services de soins.

## **xii. Services cliniques**

- Les services cliniques qui permettent de traiter tant les problèmes de toxicomanie que de santé mentale doivent être amenés dans le continuum des soins et le processus de gestion de cas. Cette approche assurera une meilleure continuité des soins dans la transition de services de traitement en établissement à la collectivité, et permettra également de prévenir le besoin de traitement en établissement en premier lieu. Dans le cadre des services cliniques, on peut renforcer la capacité des auxiliaires en matière de prévention et de promotion, d'admission, de dépistage et d'évaluation, de counseling par encouragement, de suivi et de réadaptation, en offrant une formation, une supervision et des consultations de cas, et en favorisant des processus de gestion de cas.

## **xiii. Suivi**

- Une formation commune liée à des titres de compétences d'auxiliaire est nécessaire afin de bénéficier de services de counseling par encouragement et de suivi de meilleure qualité et mieux intégrés. On doit manifester le même appui à l'égard de la planification d'un traitement intégré afin d'offrir aux personnes ayant des besoins complexes des services de réadaptation intensifs de meilleure qualité et mieux intégrés.

## **D. Possibilités**

Ce projet visait principalement à comprendre ce dont on a besoin pour aller de l'avant dans l'intégration de services de soins en santé mentale. L'orientation offerte tant par la documentation sur les pratiques exemplaires que par les experts qui ont été interrogés dans le cadre du présent rapport énonce diverses façons d'y parvenir.

D'abord et avant tout, il faut vraiment former le personnel actuel en santé mentale. Compte tenu du lien qui existe entre la santé mentale et les toxicomanies, il faut veiller à ce que l'on comprenne les répercussions des troubles de santé mentale tant sur les causes des toxicomanies que sur la réadaptation. Certains participants ont indiqué que la plupart des travailleurs ont reçu une formation en toxicomanie, non en santé mentale, et ont insisté sur la nécessité d'établir des approches de formation coordonnées et des partenariats. Dans certains cas, on y parvient en participant à la formation existante offerte par des autorités locales en matière de santé. Une formation commune liée à des titres de compétences d'auxiliaire est nécessaire afin de bénéficier de services de counseling par encouragement et de suivi de meilleure qualité et mieux intégrés. Un programme s'inspirant du programme *InPsych (Indians into Psychology)* des États-Unis pourrait être conçu au Canada comme moyen d'aborder la pénurie de psychologues

autochtones. Le *United States Indian Health Service* finance cinq programmes *InPsych* dans cinq universités des États-Unis dans le cadre d'un effort à former, à recruter et à préparer des Indiens à agir à titre de psychologues pour le *Indian Health Service*. Au Canada, la DGSPNI a énormément de difficulté à recruter des psychologues des Premières nations en raison de leur absence presque totale au Canada. Un programme de type *InPsych* dans une université canadienne pourrait permettre de combler ce besoin.

D'autres défis/possibilités entourant la formation englobent notamment un appui aux travailleurs en formation. La formation où on aborde des questions comme le suicide et les agressions sexuelles peut déclencher des réactions chez les travailleurs aux prises avec des traumatismes non résolus. On devra offrir à certains travailleurs des services de soutien en santé mentale pendant et après la formation ainsi qu'une formation sur les éléments déclencheurs, l'arrêt, le refoulement et l'autogestion des soins. On devra également tenir compte des préoccupations pratiques de la formation, notamment le style de prestation de la formation, le niveau de compréhension de texte, les compétences en rédaction, et l'anglais en tant que langue seconde.

La façon dont les exigences en ressources humaines du PNLAADA peuvent être satisfaites est étroitement liée à la formation. Des participants ont mentionné la nécessité de disposer d'un « énoncé des qualités » afin que les bons services de soins en santé mentale soient fournis. Malheureusement, il semble y avoir des critères d'embauche différents entre les initiatives de la DGSPNI et on a demandé d'adopter une approche systématique approfondie. Des participants ont également mentionné la nécessité d'une formation unique qui intégrerait la santé mentale, les toxicomanies et le savoir culturel. Les services cliniques qui permettent de traiter tant les problèmes de toxicomanie que de santé mentale doivent être amenés dans le continuum des soins et le processus de gestion de cas. Cette approche assurera une meilleure continuité des soins dans la transition de services de traitement en établissement à la collectivité, et permettra également de prévenir le besoin de traitement en établissement en premier lieu. Dans le cadre de services cliniques compétents et appropriés sur le plan culturel, on peut renforcer la capacité des auxiliaires en matière de prévention et de promotion, d'admission, de dépistage et d'évaluation, de counseling par encouragement, de suivi et de réadaptation, en offrant une formation, une supervision et des consultations de cas, et en favorisant des processus de gestion de cas.

En ce qui a trait au mandat, et afin de progresser vers un continuum de services mieux intégré, les centres de traitement en établissement devraient élargir leur mandat pour intégrer le traitement de problèmes de santé mentale, et accroître leur capacité en conséquence.

Une formation culturelle est également indispensable pour l'ensemble du personnel et les professionnels embauchés par contrat, et les critères en matière de counseling, de formation sur les toxicomanies, d'évaluation, etc., doivent tous être clairs. En résumé, une normalisation des politiques, des procédures et des programmes est nécessaire pour assurer une approche systématique à l'égard de n'importe quelle initiative d'intégration.

Pour ce qui est de répondre aux besoins de traitement des collectivités rurales et éloignées, deux solutions ont été énoncées. La première est le perfectionnement du « personnel centralisé » et la deuxième consiste à tirer parti des capacités croissantes en matière de vidéoconférence. Une collectivité entreprend actuellement un projet pilote visant à intégrer ces capacités. Le concept derrière le personnel centralisé est le suivant : deux collectivités ou plus pourraient puiser dans leurs ressources pour embaucher des spécialistes en santé mentale, notamment des conseillers ou des psychologues, qui ont reçu une formation spécialisée ou qui possèdent une expérience dans les domaines des toxicomanies et de la santé mentale.

On doit élaborer des services de soutien dans la collectivité afin de permettre aux familles d'offrir un suivi à leurs proches. Afin d'offrir des services de soutien supplémentaires, il a été proposé de mettre en place une ligne secours pour les collectivités. On a suggéré comme possibilité de soutien l'exemple de recourir à des aînés dans le cadre d'un programme de traitement en établissement. Dans un centre de traitement, un aîné est disponible en tout temps pour offrir des services de guérison traditionnelle et de counseling. On doit également offrir des services de soutien aux travailleurs en santé mentale et en toxicomanie.

Les modifications sur le plan du financement étaient également perçues comme une stratégie visant à améliorer les services de soins en santé mentale. Par exemple, des participants ont fait remarquer que l'augmentation du taux salarial des psychologues précisé par Santé Canada faciliterait l'obtention de ces services en sous-traitance. De plus, il faut absolument augmenter le financement destiné aux intervenants du PNLAADA afin d'accroître les possibilités de recrutement et de maintien en poste. Il faudra également augmenter les salaires et accroître les services de soutien advenant la mise en place d'exigences de formation plus élevées. Le coût de cette intégration constitue un enjeu déterminant et les solutions pourraient nécessiter des partenariats entre des services fédéraux et provinciaux.

Peu importe la façon d'aborder les services de soins en santé mentale et les services de traitement des toxicomanies, les participants ont mentionné qu'il faut veiller à ne pas perdre le financement destiné aux toxicomanies. Comme l'a mentionné le Conseil exécutif canadien sur les toxicomanies :

*Dans le cadre des efforts d'intégration, on doit disposer de ressources adéquates et être bien appuyés car bon nombre des changements requis relèvent du domaine de la culture organisationnelle et systémique et, par conséquent, nécessitent des efforts soutenus et des boucles de rétroaction correctives continues afin que les buts soient atteints pour les gens qui doivent recevoir des services de soins et de soutien.*

## E. Références et ressources

Groupe de travail ad hoc sur les femmes, la santé mentale, l'utilisation de substances et la toxicomanie. (2006). *Women, Mental Health and Mental Illness and Addiction in Canada: An Overview*. Sur Internet : <http://www.cwhn.ca/PDF/womenMentalHealth.pdf>

Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances. *About AFM*, 2005. Sur Internet : <http://www.afm.mb.ca/About%20AFM/index.htm>

Ashley, O.S., Marsden, M.E. et T.M. Brady. (2003). *Effectiveness of substance abuse treatment programming for women: a review*. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, vol. 29, p. 19-53.

Bois, C. (2006). *Modèles de services intégrés offerts aux personnes ayant des troubles concomitants* [Diapositives PowerPoint]. Sur Internet : <http://www.ccsa.ca/2006%20CCSA%20Documents/ccsa-summinst-Bois-2006-f.pdf>

Brady, K.T., Grice, D.E., Dustan, L. et C. Randall. (1993). *Gender differences in substance use disorders*. American Journal of Psychiatry, vol. 150, p. 1707-1711.

Brady, T.M. et O.S. Ashley. *Women in substance abuse treatment: results from the alcohol and drug services study (ADSS)*. Sur Internet : <http://www.oas.samhsa.gov/womenTX/womenTX.pdf>. Consulté le 26 novembre 2006.

Callaghan, R.C., Cull, R., Vettese, L.C. et L. Taylor. (2006). *A Gendered Analysis of Canadian Aboriginal Individuals Admitted to In-patient Substance Abuse Detoxification: A Three-Year Medical Chart Review*. American Journal on Addictions, vol. 15, n° 5, p. 380-386.

Rush, B., Fogg, B., Nadeau, L. et A. Furlong. (2008). *On the Integration of Mental Health and Substance Use Services and Systems: Main Report*. Ottawa (Ontario). Conseil exécutif canadien sur les toxicomanies. Sur Internet : <http://www.ccsa.ca/ceca/pdf/Main-reportFINALa.pdf>

Centre de toxicomanie et de santé mentale. (2002). *Meilleures pratiques : Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie*. Sur Internet : [http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/alt\\_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/adp-apd/bp\\_disorder-mp\\_concomitants/bp\\_concurrent\\_mental\\_health-fra.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/alt_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/adp-apd/bp_disorder-mp_concomitants/bp_concurrent_mental_health-fra.pdf)

Centre de toxicomanie et de santé mentale. (2009). Renseignements sur les troubles concomitants. Sur Internet : [http://www.camh.net/fr/About\\_Addiction\\_Mental\\_Health/Concurrent\\_Disorders/index.html](http://www.camh.net/fr/About_Addiction_Mental_Health/Concurrent_Disorders/index.html)

Conway, K.P., Compton, W., Stinson, F.S. et B.F. Grant. (2006). *Lifetime comorbidity of DSM-IV mood and anxiety disorders and specific drug use disorders: results from*

*the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 67, p. 247-257.

Dahlgren, L. et A. Willander. (1989). *Are special treatment facilities for female alcoholics needed? A controlled 2-year follow-up study from a specialized female unit (EWA) versus a mixed male/female treatment facility*. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, vol. 13, p. 499-504.

Dawson, D.A., Grant, B.F., Stinson, F.S., Chou, P.S., Huang, B. et W.J. Ruan. (2004). *Recovery from DSM-IV alcohol dependence, États-Unis, 2001-2002*. *Addiction*, vol. 100, p. 281-292.

Comité consultatif sur la santé mentale des Premières nations et des Inuits. (2007). *Strategic Action Plan for First Nations and Inuit Mental Wellness, VERSION PROVISOIRE*, septembre 2007. Sur Internet : [http://www.indigenous-mental-health.ca/index.php?option=com\\_content&view=article&id=24&Itemid=38](http://www.indigenous-mental-health.ca/index.php?option=com_content&view=article&id=24&Itemid=38).

First Nations Wellness/Addictions: Counsellor Certification Board. (2009). *About the First Nations Wellness/Addictions Counsellor Certification Board*. Sur Internet : <http://www.fnwaccb.ca/about.html>

Flynn, P.M. et B.S. Brown. (2008). *Co-occurring disorders in substance abuse treatment: Issues and prospects*. *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 34, n° 1, p. 36-47.

Gilman, S.E. et H.D. Abraham. (2001). *A longitudinal study of the order of onset of alcohol dependence and major depression*. *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 63, p. 277-286.

Grant, B.F. et T.C. Harford. (1995). *Comorbidity between DSM-IV alcohol use disorders and major depression: results of a national survey*. *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 39, p. 197-206.

Greenfield, S.F., Brooks, A.J., Gordon, S.M., Green, C.A., Kropp, F., McHugh, R.K., Lincoln, M., Hien, D. et G.M. Miele. (2007). *Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: a review of the literature*. *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 86, p. 1-21.

Haseltine, F. P. (2000). *Gender Differences in Addiction and Recovery*. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, vol. 9, n° 6, p. 579-583.

Santé Canada. (1998). *Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones, Examen général 1998*. Sur Internet : [http://www.hc-sc.gc.ca/fnihh-spnia/alt\\_formats/fnihb-dgspni/pdf/pubs/ads/1998\\_rpt-nnadap-pnlaada-fra.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/fnihh-spnia/alt_formats/fnihb-dgspni/pdf/pubs/ads/1998_rpt-nnadap-pnlaada-fra.pdf)

- Santé Canada. (2002). *Meilleures pratiques : Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie*. Préparé par le Centre de toxicomanie et de santé mentale et la Stratégie canadienne antidrogue. Sur Internet : [http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/alt\\_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/adp-apd/bp\\_disorder-p\\_concomitants/bp\\_concurrent\\_mental\\_health-fra.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/alt_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/adp-apd/bp_disorder-p_concomitants/bp_concurrent_mental_health-fra.pdf)
- Santé Canada, Integration of Mental Health and Addictions Working Group et la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. (2003). *Integration of First Nations and Inuit Addiction and Mental Health Services: A Discussion Paper*. Toronto, Healthy Horizons Consulting.
- Hser, Y.I., Evans, E. et Y.C. Huang. (2005). *Treatment outcomes among women and men methamphetamine abusers in California*. Journal of Substance Abuse Treatment, vol. 28, p. 77-85.
- Hser, Y.I., Joshi, V., Maglione, M., Chou, C.P. et M.D. Anglin. (2001). *Effects of program and patient characteristics on retention of drug treatment patients*. Evaluation Program Planning Journal, vol. 24, p. 331-341.
- Hughes, P.H., Coletti, S.D., Neri, R.L., Urmann, C.F., Stahl, S., Sicilian, D.M. et J.C. Anthony. (1995). *Retaining cocaine-abusing women in a therapeutic community: the effects of a child live-in program*. American Journal of Public Health, vol. 85, p. 1149-1152.
- Kendler, K.S., Bulik, C.M., Silberg, J., Hettema, J.M., Myers, J. et C.A. Prescott. (2000). *Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: an epidemiological and cotwin control analysis*. Archives of General Psychiatry, vol. 57, p. 953-959.
- Kessler, R.C. (2004). *The epidemiology of dual diagnosis*. Biological Psychiatry, vol. 56, p. 730-737.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.U. et K.S. Kendler. (1994). *Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States*. Archives of General Psychiatry, vol. 51, p. 8-19.
- Kilpatrick, D.G., Resnick, H.S., Saunders, B.E. et C.L. Best. (1998). *Victimization, posttraumatic stress disorder, and substance use and abuse among women*. Tiré de Wetherington, C.L. et Roman, A.B. (Eds.). *Drug Addiction Research and the Health of Women* (p. 285-307). NIH Publication 98-4290. Rockville, Md : US Dept of Health and Human Services.
- Mangrum, L.F., Spence, R.T. et M.D. Steinley-Bumgarner. (2006). *Gender differences in substance-abuse treatment clients with co-occurring psychiatric and substance-use disorders*. Brief Treatment Crisis Intervention, vol. 6, p. 255-267.

- McCormick, R. (nd). *Improving access to mental health and addictions services*. Présenté à l'occasion du forum *VHC - Aboriginal Mental Health and Addictions*. Université de la Colombie-Britannique. Sur Internet :  
[http://aboriginalhealth.vch.ca/docs/forum09/2009\\_10\\_mccormick\\_improving\\_access\\_mha\\_services.pdf](http://aboriginalhealth.vch.ca/docs/forum09/2009_10_mccormick_improving_access_mha_services.pdf)
- Commission de la santé mentale du Canada (2009). À propos de la Commission de la santé mentale du Canada. Sur Internet :  
<http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/Pages/default.aspx>
- Minkoff, K. (2001). *Developing standards of care for individuals with co-occurring psychiatric and substance use disorders*. *Psychiatric Services*, vol. 52, n° 5, p. 597-599.
- Moos, R.H., Moos, B.S. et C. Timko. (2006). *Gender, treatment and self-help in remission from alcohol use disorders*. *Clinical Medical Research*, vol. 4, p. 163-174.
- Native Mental Health Association of Canada. (2008). *Charting the Future of Native Mental Health in Canada: Ten Year Strategic Plan 2008 – 2018*. Sur Internet :  
[http://www.nmhac.ca/documents/Final\\_NMHAC\\_STRATEGIC\\_PLAN\\_April\\_07\[1\].pdf](http://www.nmhac.ca/documents/Final_NMHAC_STRATEGIC_PLAN_April_07[1].pdf)
- Comité directeur de l'examen du PNLAADA (n.d.). *Examen du PNLAADA*. Sur Internet :  
[http://www.hc-sc.gc.ca/fnih-spnia/alt\\_formats/fnihb-dgspni/pdf/pubs/ads/nnadap\\_rev-pnlaada\\_exam-fra.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/fnih-spnia/alt_formats/fnihb-dgspni/pdf/pubs/ads/nnadap_rev-pnlaada_exam-fra.pdf)
- Niv, N. et Y. Hser. (2007). *Women-only and mixed-gender drug abuse treatment programs: Service needs, utilization and outcomes*. *Drug Alcohol Dependence*, vol. 87, n° 2 et 3, p. 194-201.
- Northwest Territories Health and Social Services. (2004). *Integrated Service Delivery Model for the NWT Health and Social Services System*. Sur Internet :  
<http://www.hlthss.gov.nt.ca/english/publications/pubresult.asp?ID=13>
- O'Brien, C. P., Charney, D.S., Lewis, L., Cornish, J.W., Post, R.M., Woody, G.E., Zubieta, J.K., Anthony, J.C., Blaine, J.D., Bowden, C.L., Calabrese, J.R., Carroll, K., Kosten, T., Rounsaville, B., Childress, A.R., Oslin, D.W., Pettinati, H.M., Davis, M.A., Demartino, R., Drake, R.E., Fleming, M.F., Fricks, L., Glassman, A.H., Levin, F.R., Nunes, E.V., Johnson, R.L., Jordan, C., Kessler, R.C., Laden, S.K., Regier, D.A., Renner, J.A. Jr., Ries, R.K., Sklar-Blake, T. et C. Weisner. (2004). *Priority actions to improve the care of persons with co-occurring substance abuse and other mental disorders: A call to action*. *Biological Psychiatry*, vol. 56, n° 10, p. 703-713.
- Rehm, J., Baliunas, D., Brochu, S. Fischer, B., Gnam, W., Patra, J., Popova, S., Sarnocinska-Hart, A. et B. Taylor. (2006). *The Costs of Substance Abuse in Canada*

2002. En collaboration avec Adlaf, E., Rechel, M. et E. Single. Sur Internet : <http://www.ccsa.ca/2006%20CCSA%20Documents/ccsa-011332-2006.pdf>

Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S, Locke, B.Z., Keith, S.J., Judd, L.L. et F.K. Goodwin. (1990). *Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study*. JAMA, vol. 264, p. 2511-2518.

Sinha, R. et B.J. Rounsaville. (2002). *Sex differences in depressed substance abusers*. Journal of Clinical Psychiatry, vol. 63, p. 616-627.

Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, des Sciences et de la Technologie. (2004). *Rapport 1 : Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie : Aperçu des politiques et des programmes au Canada*. Sur Internet : <http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/rep-f/report1/repintnov04vol1-f.pdf>

Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, des Sciences et de la Technologie. (2004). *Rapport 3 : Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie : Problèmes et options pour le Canada*. Sur Internet : <http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/rep-f/report3/repintnov04vol3-f.pdf>

Steinberg, M.B., Akincigil, A., Delnevo, C.D., Crystal, S. et J.L. Carson. (2006). *Gender and age disparities for smoking cessation treatment*. American Journal of Preventive Medicine, vol. 30, p. 405-412.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2005). *Facilities offering special programs or groups for women. Drug and Alcohol Services Information System (DASIS) Report*, numéro 35. Sur Internet : <http://www.oas.samhsa.gov/2k6/womenTx/womenTX.htm>. Consulté le 26 novembre 2006

Szuster, R.R., Rich, L.L., Chung, A. et S.W. Bisconer. (1996). *Treatment retention in women's residential chemical dependency treatment: the effect of admission with children*. Substance Use Misuse, vol. 31, p. 1001-1013.

## **Annexe A : Lettre de présentation**

Madame, Monsieur,

Nous aimerions vous inviter à participer à un projet visant à explorer des possibilités d'améliorer l'intégration de programmes de soins en santé mentale et de traitement des toxicomanies. Ce projet a été commandé par la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada et le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA) dans le but de relever les lacunes dans les programmes et les politiques.

Au cours des 20 dernières années, le lien entre la consommation de drogues et d'alcool et la santé mentale est devenu un enjeu important en ce qui concerne les services de prévention et de traitement des toxicomanies. Bien que les estimations varient, il est généralement reconnu qu'environ la moitié des gens qui ont un problème de consommation de drogues et d'alcool ont souffert d'un problème de santé mentale à un moment ou un autre de leur vie. Malgré les interrelations complexes entre ces problèmes, les problèmes de santé mentale et de toxicomanie ont toujours été traités séparément, souvent dans le cadre de systèmes de soins distincts.

Ce projet fait partie d'un récent mouvement visant à intégrer et à coordonner les services de façon plus approfondie, afin de permettre aux services de traitement et de prévention des toxicomanies de bénéficier de stratégies, de services et d'aide en santé mentale. Il vise à déterminer des forces, des limites et des possibilités précises pour fournir des services de soins en santé mentale ou établir des partenariats dans le cadre du PNLAADA. Les données découlant de ce projet proviendront de répondants clés ainsi que d'un examen de la documentation publiée et de rapports de programmes/politiques.

Les résultats de ces recherches se traduiront par des recommandations destinées à ceux et celles qui gèrent et fournissent des services de prévention et de traitement des toxicomanies dans les collectivités des Premières nations. On présentera à un comité national les résultats et les recommandations découlant de ce projet, et tous les participants auront accès à une copie du rapport.

Si vous avez d'autres questions, veuillez communiquer avec le D<sup>r</sup> Rod McCormick, chercheur principal (courriel : [mccormic@interchange.ubc.ca](mailto:mccormic@interchange.ubc.ca); tél. : 604-822-6444).

Nous vous remercions grandement de votre participation à ce projet.

## **Annexe B : Guide d'entrevue**

### ***Améliorer les services de soins et de soutien en santé mentale dans le cadre du PNLAADA***

Préambule : Ce projet vise à définir des possibilités de fournir des services de soins et de soutien en santé mentale dans le cadre du PNLAADA. En tant qu'intervenant du PNLAADA, j'aimerais vous interroger sur vos expériences et obtenir vos points de vue sur la façon dont ces services pourraient être intégrés dans le PNLAADA, ainsi qu'au sujet de partenariats éventuels pour atteindre ce but. On présentera à un comité national les résultats et les recommandations découlant de ce projet. Vous aurez également accès à une copie du rapport. Nous n'enregistrerons pas l'entrevue, mais je prendrai des notes. J'aimerais vous donner l'occasion d'examiner un sommaire de notre entrevue, qui devrait durer environ 20 minutes. Avez-vous des questions avant que nous commencions?

### **Questions**

1. Veuillez décrire votre poste actuel? Depuis combien de temps l'occupez-vous?
2. Pouvez-vous me décrire en quoi, selon vous, les services de soins et de soutien en santé mentale font actuellement partie du PNLAADA? Selon vous, quel est le mandat ou quelle est la vision du PNLAADA dans la prestation de services de soins de santé mentale?
3. À votre centre, quels sont selon vous les meilleurs exemples de programmes intégrant des services de soins et de soutien en santé mentale et de traitement des toxicomanies? (Ces exemples peuvent être tirés du PNLAADA ou d'ailleurs. Pouvez-vous fournir de la documentation ou le nom de personnes-ressources afin que nous puissions obtenir des documents relativement à ce programme)?
4. Quels sont les besoins/lacunes actuels (ou quelles possibilités voyez-vous) en ce qui concerne la prestation de services de soins en santé mentale dans le cadre du PNLAADA (p. ex. recommandations de services, partenariats, etc.)?
5. Quels sont les plus grands défis de l'intégration de services de soins en santé mentale dans le PNLAADA? Pouvez-vous commenter l'un (ou l'ensemble) de ces défis dans trois domaines différents :

Questions systémiques (p. ex. questions juridictionnelles, absence de mandat, etc.).

- a. Secteurs de programmes (p. ex. financement, ressources humaines, collectivités rurales/éloignées, etc.).
  - b. Communautaire (p. ex. sensibilisation, ressources humaines).
6. Avez-vous d'autres commentaires?