

Résumé :

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

A. Contexte et objectif

Le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA) fait partie des programmes principalement gérés par les Premières nations au moyen d'accords de contribution et/ou de transfert entre les Premières nations et la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada. Le mandat du PNLAADA est d'aider les membres des Premières nations et les Inuits à établir et à exécuter des programmes dont l'objectif est de réduire au minimum, voire à néant, le taux élevé de consommation d'alcool, de drogues et de solvants chez les groupes cibles vivant dans les réserves.

Les recherches actuelles laissent entendre que les problèmes de santé mentale sont l'un des facteurs clés auxquels il faut s'attaquer quand on traite une toxicomanie. On utilise, par ailleurs, les termes « troubles concomitants » et « troubles cooccurrents » pour décrire la présence simultanée de problèmes de santé mentale et de problèmes de toxicomanie chez une même personne¹. Selon les études, entre 75 % et 100 % des personnes qui demandent à suivre un traitement pour toxicomanes ont aussi un problème concomitant de santé mentale².

En réaction à la tendance croissante selon laquelle les réseaux de traitement des toxicomanies devraient être mieux intégrés et offrir des services de la PNLAADA a élaboré une structure [« structure » n'est peut-être par le meilleur mot à utiliser; nous pourrions peut-être choisir un terme plus précis comme « démarche », « politique », « système » ou « procédé »] pour intégrer les services et améliorer leur coordination. Cette initiative permettra aux services de prévention et de traitement des toxicomanies de profiter des moyens, des services et du soutien offerts en santé mentale.

Le présent document de recherche a pour objectif général l'étude des possibilités d'accroître l'intégration des programmes de santé mentale et de traitement des toxicomanies au sein du PNLAADA.

B. Sources des données et méthode

La conception de ce rapport a nécessité le recours à deux sources de données. La première source de données était constituée d'entrevues d'informateurs clés à l'emploi du PNLAADA. Le but de ces entrevues était de rassembler leurs points de vue, leurs connaissances et leurs recommandations sur la meilleure approche à adopter pour intégrer

¹ Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2009 [ne serait-ce pas plutôt 2008? Voir la liste des références. Centre de toxicomanie et de santé mentale. (2008). *Renseignements sur les troubles concomitants*. Tiré de la page http://www.camh.net/fr/About_Addiction_Mental_Health/Concurrent_Disorders/index.html.

² CCLT, 2006? Aucune mention du CCLT dans la liste des références. Veuillez inclure la référence complète ici.

les services de santé mentale au PNLAADA. La deuxième source de données était, quant à elle, constituée d'un ensemble d'exemples tirés de la documentation sur les méthodes, les principes et les pratiques en matière d'intégration des services de santé mentale aux programmes de traitement des toxicomanies.

Des entrevues téléphoniques semi-structurées ont été effectuées entre janvier et avril 2009. L'analyse initiale a été faite en même temps que la collecte de données et des thèmes ont été dégagés. Pour effectuer l'analyse formelle, les deux auteurs ont examiné indépendamment toutes les transcriptions et ont attribué des codes aux unités de données en fonction des thèmes et des questions. Ils ont ensuite comparé les entrevues pour étudier les thèmes qui s'en dégagent et trouver des liens, des ressemblances et/ou des différences.

Pour l'analyse documentaire, les chercheurs ont sélectionné les documents au moyen de ressources Web qui reflétaient les situations régionales, provinciales et nationale. Ils ont également choisi les documents qui étaient susceptibles de faire avancer l'intégration en favorisant l'accroissement des partenariats et la collaboration entre le PNLAADA et des organisations externes.

C. Conclusions

[Auteur : Si vous modifiez l'ordre dans le rapport principal, faites-le ici aussi.]

L'analyse documentaire a montré qu'il existe plusieurs arguments en faveur de l'intégration des services de santé mentale et de traitement des toxicomanies. En effet, on constate que l'intégration est déjà en cours dans la plupart des provinces et dans certaines régions de la DGSPNI et qu'un groupe important de personnes souffrant de troubles concomitants tirerait avantage d'un réseau intégré. Ce réseau permettrait d'avoir un accès accru à un plus grand nombre de services de santé mentale et serait plus économique que deux réseaux distincts. On constate également que les consommateurs exigent un service plus efficace, holistique et axé sur les besoins du client.

De nombreuses lacunes ont été cernées dans la documentation. Elles devraient être comblées si la DGSPNI décide d'intégrer et/ou d'améliorer les services/le soutien en matière de santé mentale au sein du PNLAADA. Il existe deux documents³ qui décrivent bien les lacunes et les difficultés relatives à l'intégration. Voici des exemples des principaux points soulignés :

- Les personnes ayant témoigné [devant le comité sénatorial] s'entendaient toutes sur le fait que les niveaux actuels de financement des services de santé mentale et de traitement des toxicomanies offerts aux communautés des Premières nations et

³ 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*. Tiré de la page <http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/rep-f/report3/repintnov04vol3-f.pdf> Santé Canada, Groupe de travail sur l'intégration de la santé mentale et des toxicomanies et 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.

aux Inuits étaient inadéquats et n'étaient pas proportionnels au fardeau de la maladie.

- Les réseaux de santé mentale et de traitement des toxicomanies sont grandement fragmentés en ce qui concerne les communautés autochtones. Les services et le soutien sont offerts par différents ordres de gouvernement et différents ministères, et la collaboration est limitée.
- Chez les Autochtones, le manque de professionnels qualifiés en santé mentale et en toxicomanies est critique. En général, les services adaptés à la culture sont aussi insuffisants.
- Les services de santé mentale et de traitement des toxicomanies sont trop souvent administrés par des réseaux distincts, des personnes distinctes et des cultures distinctes, et ce, sur la base d'idées différentes et de modèles différents.
- Il est souvent difficile d'établir des relations de collaboration avec d'autres services et d'autres fournisseurs de services (p. ex. : services provinciaux/territoriaux de santé mentale et de traitement des toxicomanies et professionnels exerçant hors des réserves et financés par la DGSPNI).
- Il faut définir les rôles et reconnaître les contributions des guérisseurs traditionnels.
- Comme la supervision et les consultations cliniques sont souvent nécessaires dans les petites communautés éloignées et qu'ils sont fournis par des paraprofessionnels, il faut élaborer des moyens efficaces d'assurer la prestation de ces services.

Ce projet a été une occasion pour des employés du PNLAADA ayant des fonctions différentes de faire connaître leur point de vue sur l'intégration des services de santé mentale avec les programmes actuels du PNLAADA. On a demandé aux participants de décrire comment la santé mentale est perçue/abordée au sein du PNLAADA et de traiter des difficultés et des occasions liées à l'amélioration des soins de santé mentale offerts par le PNLAADA.

Les participants ont exprimé plusieurs préoccupations relatives aux lacunes et aux difficultés ayant une incidence négative sur le mandat, les programmes et les ressources humaines du PNLAADA ainsi que sur le réseau de santé mentale dans son ensemble et l'attitude et les connaissances des communautés.

Dans leurs réponses, les participants ont souvent traité de la capacité insuffisante à fournir du soutien et des services de santé mentale. En pensant à leur expérience de travail, ils n'ont pas eu de difficultés à donner des exemples de lacunes qu'ils ont constatées sur le plan des services de santé mentale offerts dans leur centre. Certains ont, par exemple, mentionné le manque de savoir-faire quand vient le temps de s'occuper de problèmes de santé mentale complexes, comme ceux liés au deuil ou au syndrome de stress post-traumatique. L'incapacité d'embaucher du personnel qualifié est aussi un des

problèmes que connaissent de nombreux centres, car elle est un obstacle majeur au développement des capacités sur le plan de la prestation de services de santé mentale et de la mise en œuvre future de tout plan visant l'élargissement du mandat en matière de santé mentale.

Les participants ont aussi indiqué qu'il manquait de personnel formé et qualifié dans les programmes existants et ont souligné qu'il pourrait s'agir d'une difficulté supplémentaire si la prestation de services de santé mentale était ajoutée à la charge de travail. Ils ont aussi fait part du manque de soins adaptés sur le plan culturel dans l'ensemble du réseau de santé mentale et ont insisté sur la nécessité d'adopter, dans les programmes du PNLAADA, des approches alliant de façon équilibrée les méthodes occidentales et les pratiques traditionnelles de guérison.

Les entrevues ont aussi permis le repérage d'un bon nombre de pratiques exemplaires actuellement utilisées.

Une des pratiques prometteuses est de confier à des professionnels de la santé mentale embauchés par contrat, comme des psychologues ou des conseillers, la prestation des services de santé mentale. Dans la Région de la Colombie-Britannique et en Saskatchewan, les centres de traitement reçoivent des fonds pour embaucher sous contrat des fournisseurs de services de santé mentale. Certains participants ont fait remarquer que les problèmes de santé mentale sont traités au moyen des pratiques traditionnelles de guérison. Dans la plupart des centres de traitement, par exemple, une grande partie du travail est faite au moyen de cérémonies et d'événements culturels.

Les centres de traitement du PNLAADA utilisent différents modèles les servant bien. Dans un centre, cinq équipes d'intervention d'urgence ont été formées et les employés rencontrent toutes les semaines des représentants de l'école, du service de police et du programme Grandir ensemble de la communauté. Un autre centre a embauché des intervenants en mieux-être qu'ils sont encadrés par un intervenant en santé mentale et un conseiller. Un centre fait, quant à lui, appel à deux psychologues à temps partiel et offre à son personnel de la formation en santé mentale en utilisant la vidéoconférence et des ressources Internet. Dans un autre centre, un aîné est disponible 24 heures par jour et 7 jours par semaine pour offrir des conseils et des services de guérison traditionnelle. Ce même centre offre aussi un programme de traitement des traumatismes d'une durée de six semaines en complément du programme de traitement des toxicomanies qui dure, lui aussi, six semaines.

Les centres de traitement ont aussi réussi à accroître les capacités de leur personnel actuel en établissant des partenariats. Dans certains centres de traitement, par exemple, le personnel du PNLAADA a eu la chance de participer à des programmes de formation offerts par les autorités sanitaires ou les bandes et/ou les organisations tribales.

Parmi les moyens d'établir des partenariats, on compte notamment la collaboration avec les centres locaux de désintoxication pour faciliter les admissions dans ces centres de traitement, les discussions avec l'Association canadienne de counseling au sujet de la reconnaissance professionnelle des conseillers en santé mentale autochtone, l'association

avec la Commission d'agrément des conseillers en mieux-être/toxicomanies des Premières nations et la coordination avec les associations professionnelles de counselling et de psychologie pour aider les intervenants en santé mentale des communautés autochtones sur le plan de la supervision et des consultations cliniques.

En plus du PNLAADA, de nombreux autres programmes et outils visant précisément la santé mentale des Autochtones ont été élaborés au cours des dix dernières années. En Colombie-Britannique, un centre allié, par exemple, les méthodes occidentales et les pratiques traditionnelles de guérison et emploie un spécialiste des toxicomanies et un psychologue qui offrent du soutien clinique. Il s'efforce aussi d'assurer la prestation d'un continuum de soins incluant l'évaluation, le counseling et les soins de suivi. De plus, quelques [Pourrions-nous utiliser « plusieurs » à la place de « quelques »?] provinces/territoires ont élaboré un cadre d'intégration.

Les exemples de pratiques, de modèles et de stratégies exemplaires tirés des six documents comportent des éléments d'orientation touchant à de nombreux domaines rattachés à l'intégration des services de santé mentale et de traitement des toxicomanies. Ces éléments sont présentés dans les stratégies générales. Les autres exemples constituent une synthèse de la documentation sur les pratiques exemplaires qui a été examinée pour les besoins de ce document. Ils sont divisés en treize catégories : recherche, politiques, renforcement des capacités des ressources humaines, rémunération, agrément/reconnaissance professionnelle, soutien, traitement, counseling d'appoint, intervention en situation de crise, approches adaptées à la culture, services cliniques, posture et éducation du public.

D. Possibilités

Le principal objectif de ce projet était d'engendrer une compréhension de ce qui est nécessaire pour aller de l'avant avec l'intégration des services de santé mentale. Les éléments d'orientation tirés de la documentation sur les pratiques exemplaires et des entrevues auprès de spécialistes qui ont été réalisées pour les besoins de ce document indiquent un bon nombre de voies différentes qui pourraient être empruntées pour parvenir à l'intégration.

Tout d'abord, les employés en place ont un grand besoin d'éducation et de formation sur la santé mentale. Compte tenu du lien entre la santé mentale et les toxicomanies, il est nécessaire de veiller à ce que les gens comprennent les effets des maladies mentales sur l'étiologie et la guérison des toxicomanies. Les participants ont indiqué que la plupart des intervenants ont une formation en toxicomanies, mais pas en santé mentale, et ont signalé qu'une coordination des approches et des partenariats en matière de formation serait nécessaire. Il faut une formation concertée en lien avec les titres de compétences des paraprofessionnels pour se diriger vers une meilleure intégration des services de counselling d'appoint et de soins de suivi.

Il est extrêmement difficile de recruter des psychologues des Premières nations puisqu'il n'y en a presque pas au Canada. Il serait possible d'élaborer au Canada un programme fondé sur le programme américain InPsych (Indians into Psychology) pour régler le problème du manque de psychologues autochtones.

Il faudrait élaborer pour les intervenants de la formation spécialisée abordant la santé mentale, les toxicomanies et des connaissances culturelles. Les services cliniques qui sont en mesure de traiter à la fois les problèmes de toxicomanie et de santé mentale doivent être inclus dans le continuum de soins et le processus de gestion des cas. D'autres difficultés et occasions relatives à la formation sont à prévoir, dont le besoin de soutenir les personnes suivant la formation.

En ce qui concerne le mandat, si on veut progresser vers un continuum de services mieux intégrés, il faut que les centres de traitement en établissement élargissent leur mandat, de façon à y inclure le traitement des problèmes de santé mentale, et qu'ils augmentent leurs capacités en conséquence.

La formation culturelle de tous les employés et des professionnels sous contrat est aussi très importante et les critères relatifs au counselling, à la formation sur les toxicomanies, à l'évaluation, notamment, doivent tous être très clairs. Bref, une normalisation des politiques, des procédés et des programmes est nécessaire si l'on veut adopter une approche systématique en matière d'initiative d'intégration, quelle qu'elle soit.

En ce qui concerne les besoins des communautés rurales et éloignées, deux options ont été décrites. La première consiste à mettre en place un « personnel centralisé » et la seconde, à tirer parti de la technologie de la vidéoconférence, de plus en plus répandue. Pour mettre en place un « personnel centralisé », il faudrait, par exemple, que deux communautés ou plus mettent en commun leurs ressources pour embaucher des spécialistes en santé mentale, comme des conseillers ou des psychologues, qui ont une formation et de l'expérience dans le domaine des toxicomanies et de la santé mentale.

Le soutien au sein de la communauté doit être développé pour aider les familles à fournir des soins de suivi à leurs proches. On a suggéré la mise en place d'une ligne d'aide aux communautés comme source additionnelle de soutien. On a, par exemple, proposé de faire appel aux aînés dans le cadre d'un programme de traitement en établissement pour apporter du soutien et, dans un centre de traitement, un aîné est disponible 24 heures par jour et 7 jours par semaine pour offrir des conseils et des services de guérison traditionnelle. Il est aussi nécessaire d'offrir du soutien aux intervenants en santé mentale et en toxicomanie.

Il est très important d'accroître le financement attribué pour les intervenants du PNLAADA afin d'augmenter les possibilités d'embauche et de fidélisation. Une hausse des salaires et un plus grand soutien seront aussi nécessaires si les exigences en matière de formation deviennent plus élevées. Le coût de l'intégration est une question critique et les solutions à adopter pourraient requérir l'établissement de partenariats entre les services fédéraux et provinciaux.