

Collaboration pour les soins en toxicomanie et en santé mentale : Meilleurs conseils

Novembre 2015



Collaboration pour les soins en toxicomanie et en santé mentale : Meilleurs conseils

Novembre 2015

Ce document est publié par le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (CCLT).

Citation proposée : Comité directeur du projet collaboratif en toxicomanie et en santé mentale. *Collaboration pour les soins en toxicomanie et en santé mentale : Meilleurs conseils*, Ottawa (Ont.), Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2015.

© Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2015.

CCLT, 500-75, rue Albert
Ottawa (Ontario) K1P 5E7
Tél. : 613-235-4048
Courriel : info@ccsa.ca

Ce document a été produit grâce à une contribution financière de Santé Canada. Les opinions exprimées ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada.

La traduction des schémas dans le document n'est pas la traduction officielle de leurs auteurs.

Ce document peut être téléchargé en format PDF à www.cclt.ca.

This document is also available in English under the title:

Collaboration for Addiction and Mental Health Care: Best Advice

ISBN 978-1-77178-296-8



Remerciements

Le document *Collaboration pour les soins en toxicomanie et en santé mentale : Meilleurs conseils* est le fruit de la collaboration de nombre de personnes et de groupes dévoués partageant une même vision de l'offre de soins efficaces, accessibles et complets aux personnes atteintes de problèmes de consommation et de santé mentale. Les membres du Comité directeur du projet collaboratif en toxicomanie et en santé mentale provenant des trois organismes partenaires ont grandement contribué à la mise en commun d'expertise et d'expérience de partout au Canada en vue d'orienter l'élaboration du présent document et de donner un nouvel élan à la collaboration en toxicomanie et en santé mentale.

Les membres du Conseil consultatif scientifique (voir ci-dessous) ont consacré de nombreuses heures à l'examen et au résumé des recherches sur la collaboration, et ont fourni de l'orientation et des conseils essentiels à des moments clés tout au long de cette initiative. Les participants au Forum du leadership transformationnel (voir l'annexe A) ont validé les principaux thèmes de recherche, fourni des commentaires essentiels sur leur application pratique et, surtout, ils se sont engagés à faire progresser ces travaux. Enfin, Brian Rush et April Furlong ont condensé la vaste gamme de renseignements tirés du document d'orientation et des discussions des réunions du comité et du Forum pour produire le présent document.

Membres du comité directeur

Barry Andres, Conseil exécutif canadien sur les toxicomanies
Beverly Clarke, Conseil exécutif canadien sur les toxicomanies
Francine Knoops, Commission de la santé mentale du Canada
Rita Notarandrea, Centre canadien de lutte contre les toxicomanies

Membres du Conseil consultatif scientifique

Dre Katherine Aitchison, Université de l'Alberta
Dr Roger Bland, Université de l'Alberta
Dr Peter Butt, Université de la Saskatchewan
Gloria Chaim, Centre de toxicomanie et de santé mentale, Université de Toronto
Dr Nick Kates, Université McMaster
Dan Reist, Centre de recherche en toxicomanie de la Colombie-Britannique
Brian Rush, Ph. D., Centre de toxicomanie et de santé mentale, Université de Toronto
Dr Peter Selby, Centre de toxicomanie et de santé mentale
Wayne Skinner, Centre de toxicomanie et de santé mentale





Table des matières

Résumé.....	1
Introduction	7
Contexte.....	7
Portée et objectifs	8
Avantages potentiels de la collaboration.....	9
Modèles de collaboration	13
Groupe de travail conjoint sur les soins de santé mentale partagés	13
Modèle de soins des maladies chroniques.....	14
Modèle à niveaux	14
Éléments communs.....	17
Mécanismes de soutien du cheminement clinique collaboratif	17
Principaux domaines d'action	19
Soutien du changement.....	19
Participation et établissement de relations	24
Dépistage et évaluation	31
Traitement et rétablissement	39
Renforcement de la capacité de collaboration	49
Évaluation	56
Appel à l'action.....	61
À l'échelle du pays.....	61
À l'échelle des systèmes	62
À l'échelle de la pratique	62
Références	64
Annexe A : Participants au Forum du leadership transformationnel	71
Annexe B : Modèle de soins par paliers.....	74





Résumé

Contexte

Il a été établi que la collaboration intersectorielle et intrasectorielle entre fournisseurs de services constitue une pratique exemplaire pour répondre de façon plus efficace à une vaste gamme de problèmes de santé. Les services en toxicomanie et en santé mentale ne font pas exception : la présence simultanée de problèmes de toxicomanie et de santé mentale et de comorbidités physiques est chose courante et présente des difficultés particulières. On a noté au Canada une conjoncture très favorable à l'amélioration de la collaboration entre les secteurs de la toxicomanie et de la santé mentale à l'échelle du système, mais il semble que l'élaboration, l'évaluation, la documentation et l'échange de stratégies de collaboration efficaces à l'échelle de la pratique ne soient pas encore systématiques.

Pour combler cette lacune, le Conseil exécutif canadien sur les toxicomanies (CECT), la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) et le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (CCLT) ont établi en 2012-2013 un partenariat visant à consolider les connaissances et à dégager un consensus sur les stratégies de collaboration efficaces entre les services en toxicomanie et en santé mentale. Leurs efforts ont été appuyés par le Conseil consultatif scientifique, qui a défini les principaux domaines prioritaires. Au moment de résumer les données pertinentes, celui-ci s'est heurté au défi que posait la diversité de la documentation disponible, qui portait sur différents secteurs et services, divers modèles et formes de collaboration et une variété d'objectifs. Vu cette hétérogénéité, il n'a pas été possible de dégager des conclusions claires établissant ce qui fonctionne le mieux dans des programmes et des contextes donnés. La documentation analysée, avec tous ses défis et nuances d'interprétation, indique plutôt des principes, des considérations et des éléments clés de la collaboration qui pourront aider les fournisseurs de services.

Collaboration :
Toute forme d'entreprise commune – qu'il s'agisse de soins partagés, de soins en collaboration, d'un partenariat, d'un réseau, d'une coalition communautaire ou de diverses formes d'intégration – qui vise à favoriser l'atteinte d'un objectif commun comparativement à une personne ou une organisation agissant seule.

Le Conseil consultatif scientifique a présenté ses travaux à une vaste gamme d'intervenants de l'ensemble du Canada – chercheurs, administrateurs, fournisseurs de services directs et personnes ayant vécu des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie – lors du Forum du leadership transformationnel tenu en mai 2013. Les participants ont discuté des implications des données disponibles à la lumière de leur expérience ou de leur champ de compétence, et ont suggéré de nouvelles stratégies en matière de pratique et de recherche. Ils se sont également engagés personnellement et collectivement à profiter de l'élan généré par ces travaux en appuyant les efforts collaboratifs à l'échelle locale, provinciale ou territoriale, et nationale. Un des principaux thèmes ressortis du Forum est que chacun, peu importe le secteur et l'échelon au sein duquel il travaille, a le rôle et la responsabilité de soutenir et de promouvoir la collaboration en vue d'améliorer l'accès aux services et les résultats pour les personnes atteintes de problèmes de toxicomanie et de santé mentale.

Le présent document propose les meilleurs conseils dégagés de ces efforts et lance un appel à l'action aux intervenants des systèmes, des services et à l'échelle pancanadienne en vue de favoriser l'atteinte de ces objectifs.



Avantages potentiels de la collaboration

La collaboration est essentielle pour améliorer l'efficacité des services, non seulement à l'échelle de la **personne**, en vue de répondre à tous les types de besoins et d'offrir une gamme complète de traitements, mais aussi à l'échelle de la **population**, pour maximiser l'impact sociétal. La littérature souligne les principaux avantages suivants :

- renforcement de la capacité à soutenir les personnes atteintes de problèmes complexes;
- renforcement de la capacité des partenaires;
- amélioration de l'accès aux services;
- plus grande rapidité de détection et d'intervention;
- valeur clinique des soins intégrés;
- amélioration de la continuité des soins;
- amélioration du rendement du capital investi;
- augmentation de la satisfaction des patients;
- amélioration des résultats des clients-patients et réduction des coûts.

Modèles de collaboration

Le présent document décrit certains modèles et approches de collaboration ayant été mentionnés dans la documentation de recherche, notamment le modèle présenté par le Groupe de travail conjoint sur les soins de santé mentale partagés, le Chronic Care Model [modèle de soins des maladies chroniques], le modèle à niveaux et le modèle du système de soins global, intégré et continu. Ceux-ci présentent plusieurs caractéristiques communes propres aux efforts collaboratifs, notamment :

- besoin de liens efficaces;
- haut degré de confiance et de réciprocité entre les participants;
- accent mis sur un vaste continuum de gravité;
- participation de multiples secteurs;
- divers niveaux de collaboration correspondant aux différents types de besoins et degrés de gravité;
- distinction entre les initiatives à l'échelle du service et celles à l'échelle du système.

Principaux domaines d'action

Le présent document décrit les principaux domaines d'action visant à soutenir les efforts collaboratifs. Ces domaines sont fondés sur les données de recherche présentées dans les documents d'orientation ainsi que sur l'expérience pratique et les recommandations des participants au Forum. Dans le rapport, chaque domaine sera accompagné d'un ou de plusieurs exemples de cas réels d'intégration réussie de la collaboration dans la prestation de services en toxicomanie et en santé mentale ainsi que d'exemples de ressources qui lui sont propres. Les six principaux domaines d'action sont résumés ci-après.

Soutien du changement

La collaboration entre les secteurs de la toxicomanie et de la santé mentale nécessite que les fournisseurs de services apportent des changements – dont certains de taille – dans leur façon de faire. Malheureusement, la plupart des initiatives de changement échouent, soit au moment de la mise en œuvre, soit plus tard, parce que les responsables n'ont pas bien géré les obstacles. Les décideurs et les dirigeants devraient aborder la collaboration comme une initiative de changement



formelle. Idéalement, le changement devrait être guidé par un modèle et une stratégie de gestion du changement formels et s'appuyer sur des pratiques exemplaires fondées sur la science de la mise en œuvre en matière de principes et d'interventions.

Participation et établissement de relations

L'établissement de relations de travail efficaces est un élément essentiel de la collaboration et est associé à des résultats positifs pour la santé. Il est essentiel que les bailleurs de fonds et les responsables des politiques repèrent et priorisent les initiatives visant à renforcer les relations de collaboration. Ce renforcement passe notamment par la création de liens entre les secteurs et les ministères; entre les fournisseurs de services; entre les fournisseurs de services et les personnes ayant une expérience vécue (et autres clients); entre les clients (p. ex. soutien mutuel); et même avec des membres de la communauté en général. Cette création de liens peut être très difficile : elle exige de la préparation, du temps et des structures favorables (p. ex. financement, temps, locaux). Les personnes ayant une expérience vécue ainsi que leurs proches et soutiens doivent participer de manière significative à la conception – ou à la refonte – de processus de soins en collaboration adaptés à leurs besoins et fondés sur leurs forces. Ils représentent une ressource précieuse pouvant apporter des points de vue et des expériences uniques.

Dépistage et évaluation

Seule une petite minorité des personnes aux prises avec des problèmes de toxicomanie et de santé mentale consultent des services spécialisés. La plupart des personnes qui demandent de l'aide s'adressent plutôt à des services communautaires; par exemple, des fournisseurs de soins de santé primaires ou d'autres professionnels de la santé et des services sociaux. En outre, bien que ces clients soient en contact avec divers fournisseurs de services, il arrive souvent qu'ils ne dressent pas un portrait exact de leurs risques et problèmes en matière de consommation et de santé mentale en raison d'un manque de connaissances sur les toxicomanies et les troubles de santé mentale concomitants. Ces consultations deviennent alors des occasions manquées de prévention, d'offre de conseils, de consultations approfondies et d'aiguillage en vue d'un soutien supplémentaire. Ces réalités ont mis en évidence la nécessité d'élargir le réseau de prestation de services bien au-delà du secteur des services spécialisés en toxicomanie et en santé mentale. Elles ont également révélé la valeur de questions posées de façon proactive par les autres fournisseurs de services communautaires à leurs patients – par exemple, au sein d'établissements de soins primaires, d'hôpitaux, de services sociaux, d'écoles et de milieux liés au système judiciaire – sur la consommation, la toxicomanie et la santé mentale, accompagnées d'un protocole d'intervention bien défini. Cette expansion du rôle des autres fournisseurs de services peut être mieux gérée par l'élaboration collaborative d'outils de dépistage et d'évaluation et diverses activités d'éducation sur les toxicomanies et les problèmes de santé mentale, tant en milieu de services spécialisés que de soins primaires.

Traitement et rétablissement

Les services de santé, bien qu'ils visent tous à améliorer la santé et la fonction d'une personne dans son ensemble, sont trop souvent compartimentés, fragmentés et isolés. La plupart manquent d'une compréhension et d'un plan cohérents portant sur la situation globale. Aborder le traitement d'un point de vue intégré et holistique visant à aider les personnes atteintes de problèmes de toxicomanie, de santé mentale ou d'une combinaison des deux permet d'acquérir une vision plus globale de la maladie, du traitement et du rétablissement. Cette vision élargie met l'accent sur la nécessité de collaborer en vue d'assurer la disponibilité des ressources et de l'expertise nécessaires à l'efficacité du traitement. La coordination active et complémentaire des soins à toutes les étapes



exige elle aussi l'établissement de relations de collaboration. Le traitement collaboratif est **centré sur le client**, ce qui sous-entend une compréhension adéquate du client, de ses forces et de ses besoins, et **axé sur la personne**, de sorte que le client est l'ultime responsable de l'orientation de ses soins. Ces concepts placent le client au cœur de la planification du traitement et du soutien, et reconnaissent que la qualité de sa participation est le déterminant le plus important du résultat. La collaboration a donc pour fonction de renforcer et d'améliorer la capacité du client à prendre en charge son rétablissement et à mobiliser des ressources sociales pour favoriser son fonctionnement et son rétablissement.

Renforcement de la capacité de collaboration

La mise en place d'une capacité de collaboration adéquate représente un élément important du soutien du changement. Le renforcement de la capacité peut passer par deux domaines : les ressources humaines et la technologie. La plupart des intervenants qui participent à des efforts collaboratifs n'ont reçu aucune formation officielle sur la collaboration. En effet, les lacunes dans les capacités du personnel, notamment en ce qui a trait à l'aisance avec les pratiques de collaboration, aux connaissances et aux compétences nécessaires, sont ressorties comme étant un obstacle important à la collaboration et à l'intégration. Le présent document décrit plusieurs stratégies visant à renforcer la capacité du personnel à favoriser la collaboration à la fois à l'échelle du système et du service. Par ailleurs, la technologie s'est avérée efficace pour améliorer l'accès aux services et aux soutiens, surtout en cas de pénurie de professionnels de la santé et dans des endroits éloignés, ainsi que pour établir un lien entre les fournisseurs de services, améliorer la collaboration et offrir des consultations dans les régions mal desservies. Elle offre également des options supplémentaires pour la prestation de soins primaires, ainsi que la planification et la gestion des services. L'échange des renseignements au-delà des frontières fonctionnelles n'est pas une mince affaire; il faut donc y consacrer suffisamment de temps et d'attention, notamment en ce qui concerne la gestion des questions de protection des renseignements personnels. La réponse aux préoccupations relatives à la protection des renseignements revêt une importance particulière dans le contexte des soins en collaboration. Le manque de données probantes pour l'efficacité de la prestation technologique autonome de services nous incite à faire davantage preuve de circonspection relativement à l'utilisation de la technologie pour améliorer la prestation collaborative de services. Certaines données probantes portent à croire que la prestation technologique de services peut être efficace en combinaison avec des méthodes de prestation de services plus traditionnelles. Il est toutefois nécessaire de recueillir davantage de données pour démontrer que la prestation technologique de services constitue une option de traitement viable.

Évaluation

Diverses questions méthodologiques compliquent l'interprétation de l'ensemble des données sur la collaboration, notamment la grande variabilité de la portée et de la nature des initiatives de collaboration ou d'intégration des services à l'étude. Malgré ces difficultés, certains résultats semblent appuyer le recours aux soins de santé mentale en collaboration dans le cadre de soins primaires ainsi qu'aux approches collaboratives de dépistage, d'intervention rapide et d'orientation dans le cadre de traitements et d'autres formes de consultations et de liaisons en matière de toxicomanie en milieu de soins de santé. Il est toutefois évident que d'autres recherches seront nécessaires. De nombreux efforts de collaboration sont déjà en cours à divers échelons des secteurs de la toxicomanie et de la santé mentale au Canada. Ces efforts, ainsi que les autres modèles de collaboration, devront faire l'objet d'une évaluation visant à confirmer leur impact, dont les résultats devront être largement diffusés. S'ils sont appuyés par une stratégie officielle d'échange des connaissances, ces renseignements pourraient enrichir l'ensemble de données portant sur ce qui fonctionne bien (et moins bien) dans les efforts collaboratifs. À l'instar de la planification et de la



mise en œuvre, il n'existe aucune structure officielle pour l'évaluation des soins en collaboration en raison de l'ampleur variable des activités collaboratives et des formes multiples qu'elles peuvent prendre. Le présent document décrit certaines considérations communes que les décideurs devraient garder en tête.

Appel à l'action

Les personnes ayant une expérience vécue, les familles et autres soutiens, les fournisseurs de services, les administrateurs et les décideurs ont tous un rôle à jouer dans l'application concrète des conseils et des domaines clés décrits dans le présent document. Ils peuvent accélérer la dynamique en intervenant à l'échelle du pays, des systèmes et de la pratique.

À l'échelle du pays

- Faire connaître et promouvoir le présent document et les produits connexes.
- Préparer et diffuser une trousse de communication présentant le contexte et les faits saillants du présent document.
- Explorer des sources de financement pour favoriser l'échange de connaissances et l'intervention.
- Explorer des sources de financement pour définir et mesurer des indicateurs du progrès à court, moyen et long terme vers la collaboration.
- Envisager la création d'un répertoire en ligne où conserver des renseignements, des exemples de cas, et des données de recherche et d'évaluation sur la collaboration.
- Promouvoir les occasions de faire progresser le travail collaboratif.

À l'échelle des systèmes

- Faire connaître l'initiative et le présent document à l'échelle locale.
- Échanger des leçons apprises, des ressources et des outils issus d'efforts collaboratifs.
- Intégrer une composante d'évaluation aux efforts collaboratifs et s'engager à en diffuser les résultats.
- Adopter un langage favorable aux efforts collaboratifs et saisir les occasions de promouvoir la collaboration à l'échelle locale.
- Transmettre le présent document à des personnes qui pourraient influencer les décisions.

À l'échelle de la pratique

Clients, familles et soutiens

- Transmettre le présent document aux fournisseurs de services et insister sur l'importance des principaux domaines dans l'expérience de traitement et de rétablissement.
- Transmettre le présent document au conseil consultatif des patients ou des clients et lui demander d'accorder la priorité à certaines mesures de mise en œuvre et de promotion.
- Faire part de ses propres expériences de soins relativement à la collaboration.



- Promouvoir une plus grande collaboration dans les domaines présentant des lacunes ou des possibilités évidentes.
- Promouvoir la participation des clients et des familles aux processus de planification et d'évaluation visant à élaborer des efforts collaboratifs et à en déterminer l'impact.

Fournisseurs de services

- Distribuer le présent document et présenter les sections pertinentes aux coéquipiers.
- Évaluer les services en toxicomanie et en santé mentale au regard des concepts décrits dans le présent document, et élaborer une stratégie visant à combler les lacunes relevées ou à saisir les possibilités d'améliorer la collaboration.
- Examiner les services pour déterminer quels sont les modèles de collaboration utilisés et ceux qui pourraient être mis en application, puis diffuser ces résultats.
- Passer en revue les meilleurs conseils du présent document et repérer les possibilités de faire progresser la collaboration au sein des services en toxicomanie et en santé mentale.
- Expérimenter les services du point de vue du client pour repérer les lacunes ou les possibilités d'amélioration liées à la collaboration.
- Recueillir les récits de clients sur leur expérience relativement au traitement et à d'autres services, puis les examiner au regard du présent document pour repérer les points à améliorer.
- Planifier et réaliser une évaluation de la collaboration et veiller à ce que des clients et des familles participent à ces processus.
- Transmettre le présent document à des associations professionnelles provinciales et favoriser les discussions sur les façons et les moyens de soutenir ces efforts de collaboration.



Introduction

Contexte

De nos jours, il arrive souvent dans le cadre de la planification, de la prestation et de l'évaluation des services et soutiens en toxicomanie¹ et en santé mentale que l'on perçoive la collaboration comme une solution (ou du moins une solution partielle) aux difficultés liées à l'accessibilité et à la prestation des soins. La collaboration intersectorielle et interservices revêt une importance particulière, étant donné que seule une minorité des personnes aux prises avec des problèmes de consommation et de santé mentale consultent des services spécialisés (Urbanoski, Rush, Wild, Bassani et Castel, 2007; Kohn, Saxena, Levav et Sacareno, 2004). La plupart des personnes qui demandent de l'aide s'adressent à d'autres fournisseurs de services communautaires; par exemple, des médecins en soins primaires (Shapiro et coll., 1984; Kessler et coll., 1996).

Dans le système de soins de santé en général, la nécessité d'améliorer la collaboration relative aux services en toxicomanie et en santé mentale devient de plus en plus évidente. Cette prise de conscience a été stimulée par l'émergence d'articles de recherche sur les avantages de la collaboration entre les services en toxicomanie et en santé mentale. En effet, plusieurs administrations ont déjà commencé à regrouper les services en toxicomanie et en santé mentale dans une même entité administrative. On en sait toutefois moins sur la forme que devrait prendre la collaboration et sur les stratégies les plus efficaces aux points de services directs pour améliorer l'accès et les résultats pour les clients.

Afin de combler cette lacune, le Conseil exécutif canadien sur les toxicomanies (CECT), la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) et le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (CCLT) ont établi en 2012–2013 un partenariat visant à consolider les connaissances et à dégager un consensus sur les stratégies efficaces de collaboration entre les services en toxicomanie et en santé mentale. Leur première réalisation a été la création du Conseil consultatif scientifique composé de gens possédant une expertise en matière de toxicomanie, de troubles concomitants, de santé mentale communautaire et de soins de santé mentale collaboratifs (voir la liste des membres à la section *Remerciements*). Le Conseil a défini les principaux domaines prioritaires relatifs à une collaboration efficace² et a rédigé des documents d'orientation résumant les données probantes disponibles sur ces sujets (Rush et Reist, 2013; Rush et Chaim, 2013; Selby, Skinner, Reist et Ivanova, 2013; Reimer, Reist, Rush et Bland, 2013).

Les documents d'orientation ont été résumés et présentés à une vaste gamme d'intervenants de l'ensemble du pays, dont des chercheurs, des administrateurs, des fournisseurs de services directs et des personnes ayant une expérience vécue de maladie mentale ou de toxicomanie, lors du Forum du leadership transformationnel tenu en mai 2013 (voir la liste des participants à l'annexe A). Les participants ont discuté des conséquences des résultats présentés dans le contexte de leurs expériences et de leurs champs de compétence respectifs. Ils ont recommandé la mise en place de stratégies supplémentaires sur la pratique et la recherche visant à améliorer les soins aux clients et les résultats par une collaboration plus efficace. Les participants ont également fourni des exemples de collaborations qui pourraient aider à mieux comprendre les ingrédients clés de la réussite des initiatives collaboratives. Enfin, ils se sont engagés personnellement et collectivement à poursuivre sur l'élan généré et à appuyer les efforts collaboratifs aux échelons local, provincial ou territorial et national.

¹ Le terme « toxicomanie » est employé par commodité seulement, étant donné qu'il n'existe aucun terme unique englobant l'ensemble du continuum de risques et de méfaits ainsi que la vaste gamme de substances et de comportements présentant un risque de dépendance.

² Domaines prioritaires : dépistage et évaluation; cheminement clinique collaboratif pour le traitement et le rétablissement; soutiens systémiques; mesures pour parvenir à la collaboration.



Portée et objectifs

Un des principaux défis de la synthèse des données sur les principales stratégies de collaboration efficace réside dans le fait que les connaissances existantes sont disséminées dans un éventail de documents et centrées sur divers secteurs, notamment la toxicomanie, la santé mentale, les soins primaires et les soins de santé généraux et spécialisés. Ce corpus croissant aborde diverses formes de collaboration, porte sur une vaste gamme de milieux et de sous-populations, examine différents types de résultats et propose de nombreuses leçons apprises. Vu cette hétérogénéité, il n'a pas été possible de dégager des preuves solides établissant ce qui fonctionne le mieux dans des programmes et des contextes donnés. En outre, on ignore toujours si la collaboration contribue réellement de façon directe à l'amélioration des résultats pour les clients et les familles et, le cas échéant, quels domaines sont les plus touchés.

Il est primordial de recadrer la détermination de ce qui fonctionne le mieux, où, quand et comment pour explorer ce que les connaissances peuvent apporter au travail des décideurs responsables du financement, de l'administration, de la prestation ou de l'évaluation des services. La transition vers la collaboration est déjà amorcée, et tous les efforts concertés devraient désormais s'appuyer sur des données probantes. La synthèse de données, malgré les défis et les nuances d'interprétation qui lui sont associés, a donc une importance particulière pour le soutien des responsables de la mise en œuvre, tout comme l'extraction des principes, considérations et éléments fondamentaux essentiels à la collaboration. Les données de recherche ainsi que les données fondées sur la pratique ont également une importance cruciale. C'est pourquoi les participants au Forum du leadership transformationnel – notamment des personnes ayant une expérience vécue, des intervenants de première ligne, des administrateurs et des chercheurs – ont joué un rôle essentiel dans l'élaboration de conseils à donner aux décideurs sur la meilleure façon d'améliorer la collaboration entre les services en toxicomanie et en santé mentale ainsi qu'avec d'autres services de santé.

Le présent document tire sa conceptualisation de la collaboration ainsi que des données connexes d'une vaste gamme de secteurs et de milieux; toutefois, pour que sa portée demeure réaliste, il est centré sur des stratégies et des considérations clés visant l'établissement de relations efficaces, plus particulièrement entre les services en toxicomanie et en santé mentale **au point de contact** avec les gens qui ont besoin d'aide. Dans certains cas, il peut s'agir d'autres milieux de soins primaires où les services en toxicomanie et en santé mentale occupent de plus en plus de place (p. ex. en Ontario dans le contexte des équipes de santé familiale). Pour répondre aux besoins des clients, les fournisseurs de services en toxicomanie et en santé mentale doivent être capables de travailler au sein de diverses formules de collaboration avec d'autres secteurs de la santé et des services sociaux (p. ex. soins primaires, services sociaux, droit pénal) dans le continuum de services et de soutiens. Bon nombre des principaux domaines décrits dans le présent document et dans les produits connexes à venir seront grandement pertinents et applicables à ces diverses interfaces de prestation de services.

Ce rapport ne vise pas exclusivement les personnes atteintes de troubles cooccurrents de toxicomanie et de santé mentale. Il fait la promotion d'approches holistiques et collaboratives visant à soutenir les personnes touchées, tout en reconnaissant les défis uniques et considérables auxquels sont confrontées les personnes atteintes de troubles cooccurrents, lesquels exigent une collaboration significative entre divers services et secteurs. Pour en savoir plus sur ce groupe précis, consultez les principaux ouvrages sur la question (Santé Canada, 2002; Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2009).

Que signifie concrètement la notion de « collaboration »? Une des difficultés rencontrées dans le cadre du résumé de la documentation sur la prestation collaborative de services et de soutiens en toxicomanie et en santé mentale est le nombre élevé de termes et de concepts utilisés. Le terme « collaboration » est parfois employé indifféremment de « intégration des services/systèmes »,



« partenariat », « soins partagés », « gestion thérapeutique », « réseaux et l'analyse de réseaux » et « coalitions et développement communautaire ». Le plus souvent, les termes « collaboration » et « intégration » sont utilisés de façon interchangeable et avec la même signification, mais il arrive que la « collaboration » soit perçue comme une forme moins formelle et moins structurée de l'« intégration ». Aux fins du présent document, l'intégration représente une forme de collaboration, laquelle est définie comme suit :

Toute forme d'entreprise commune – qu'il s'agisse de soins partagés, de soins en collaboration, d'un partenariat, d'un réseau, d'une coalition communautaire ou de diverses formes d'intégration – qui vise à favoriser l'atteinte d'un objectif commun comparativement à une personne ou une organisation agissant seule.

L'analyse doit faire la distinction entre la collaboration à l'échelle du **système** et du **service** (Rush et Nadeau, 2011; Voyandoff, 1995; Minkoff, 2007), étant donné que certains des ingrédients, considérations et stratégies clés peuvent différer. La **collaboration à l'échelle du service** se rapporte directement à l'interface entre les fournisseurs de services et les clients, familles et soutiens. Elle peut comprendre l'évaluation, la planification de traitements, la consultation sur des cas, la transition et la gestion des liens en collaboration, les équipes multidisciplinaires ainsi que les réseaux de services collaboratifs. La **collaboration à l'échelle du système** se rapporte plutôt à l'administration et à la gestion des liens établis dans le but d'améliorer la planification, la prévision budgétaire et le fonctionnement. Elle peut comprendre les systèmes de renseignements cliniques et les dossiers électroniques communs ou conjoints, l'établissement de liens structurels ou fonctionnels relativement à l'élaboration de politiques, la planification stratégique et budgétaire, le regroupement des services, ainsi que la culture et le leadership organisationnels. Bien que le présent document vise principalement la collaboration à l'échelle du service, l'atteinte de cet objectif pourrait exiger la prise de mesures à l'échelle du système (p. ex. planification conjointe, systèmes de données partagés, politiques).

Enfin, il sera essentiel de reconnaître que les efforts d'amélioration de la collaboration dans le contexte de la prestation de services de santé auront un impact relativement faible comparativement aux efforts visant les déterminants environnementaux et sociaux de la santé, qui ont une incidence accrue sur la santé de la population. Il n'en demeure pas moins que la prestation de services en toxicomanie et en santé mentale consomme une part importante des ressources publiques. Il est donc essentiel que ces ressources soient accessibles, efficaces et adaptées aux besoins et aux forces des clients.

Avantages potentiels de la collaboration

La collaboration peut accroître l'efficacité des services à l'**échelle de la personne**, permettant ainsi de répondre à tous les types de besoins et d'offrir une gamme complète de traitements, tandis qu'à l'**échelle de la population**, elle peut maximiser l'impact sociétal. La présente section souligne les principaux avantages attendus de la collaboration d'après la documentation.

Renforcement de la capacité à soutenir les personnes atteintes de problèmes complexes

Par le passé, les efforts visant à renforcer le système de soins de santé ont porté principalement sur le système de soins actifs. Bien que la valeur d'une collaboration efficace soit largement reconnue depuis longtemps – surtout pour les personnes atteintes d'affections chroniques complexes – la transition vers une pratique plus axée sur la collaboration progresse lentement. Les besoins de plus en plus complexes des personnes cherchant à obtenir des soins s'ajoutent à cette difficulté; les fournisseurs de services se trouvent confrontés à de nombreux défis lorsqu'ils tentent de cerner et



de gérer cette complexité de façon globale. Ainsi, bon nombre de personnes atteintes de conditions chroniques complexes sont mal prises en charge et tournent en rond dans le système de soins actifs (RAND Europe et Ernst & Young, 2012). Ces tendances s'observent au sein des domaines de la toxicomanie et de la santé mentale, surtout chez les personnes au profil complexe comprenant une dépendance, des problèmes de santé mentale et des comorbidités physiques (Santé Canada, 2002; Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2009; Rush et Nadeau, 2011). Des données semblent également indiquer que la plupart des gens ne reçoivent pas le bon niveau de soins, surtout les personnes atteintes de troubles cooccurrents (Koegl et Rush, 2011). Un rapport publié récemment par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) révèle qu'un fort pourcentage des patients hospitalisés en psychiatrie (35,6 %) avaient reçu un diagnostic de maladie mentale et de troubles concomitants associés à la consommation (ICIS, 2013). Les données indiquent également que ces personnes étaient régulièrement en contact avec de nombreux fournisseurs de services de différents programmes et secteurs qui, en règle générale, avaient peu d'interactions et échangeaient peu de renseignements les uns avec les autres. La collaboration permettrait de traiter et de soutenir plus efficacement les personnes atteintes de troubles complexes – il s'agit d'ailleurs d'un argument clé en faveur de l'activité collaborative.

Renforcement de la capacité des partenaires

L'établissement de partenariats de collaboration peut renforcer la capacité aux niveaux professionnel et organisationnel. Par exemple, les participants peuvent acquérir une meilleure connaissance des services disponibles dans une communauté donnée et de la façon et du moment appropriés d'y avoir recours. La collaboration peut également renforcer les aptitudes des gestionnaires et du personnel, soit de façon indirecte, par des possibilités d'observation et d'échange de renseignements (p. ex. conférences de cas, soins partagés), soit de façon directe, par des activités de sensibilisation structurées, de la formation mutuelle et du mentorat. À l'échelle du programme ou de l'organisation, la participation à des partenariats de collaboration peut mener, par exemple, à des politiques et à des pratiques améliorées qui permettront d'aider un plus grand nombre de clients et de renforcer l'efficacité opérationnelle, ou encore de rehausser les services offerts.

Amélioration de l'accès aux services

On assume généralement que les ententes de soins en collaboration entre fournisseurs de services spécialistes et généralistes en toxicomanie et en santé mentale élargissent la portée de l'ensemble du réseau de services, surtout pour les populations qui ont tendance à sous-utiliser ces services. Toutefois, il a été démontré de façon convaincante que seule une minorité de personnes aux prises avec des difficultés liées à la consommation de substances et à la santé mentale, notamment la dépendance, demandent de l'aide auprès de services spécialisés (Urbanoski et coll., 2007). La plupart d'entre eux sont plus susceptibles de s'adresser à d'autres services communautaires, comme des fournisseurs de soins primaires (Shapiro et coll., 1984; Kessler et coll., 1996). En outre, ces personnes reçoivent souvent plusieurs services communautaires, simultanément ou séquentiellement, et signalent des obstacles entravant l'accès aux services spécialisés (Santé Canada, 2002).

Plus grande rapidité de détection et d'intervention

Les soins en collaboration accroissent les possibilités de détection précoce des problèmes de toxicomanie et de santé mentale et des situations à risque élevé, un avantage que peuvent renforcer les initiatives de dépistage proactives – générales ou ciblées – offertes par des services généraux dotés de protocoles clairs d'aiguillage vers des services spécialisés (Babor et coll., 2007; Pignone et coll., 2002). Bon nombre de personnes ayant des problèmes de consommation ou de santé mentale



souffrent également de problèmes de santé physique, comme des maladies cardiovasculaires ou pulmonaires, le diabète et l'arthrite (Stang et coll., 2006), et ont ainsi déjà une relation avec des services de soins primaires.

Valeur clinique des soins intégrés

La comorbidité des problèmes de consommation et de santé mentale est chose courante au Canada (Rush et coll., 2008) ainsi que dans d'autres pays, dont les États-Unis et l'Australie (Andrews, Henderson et Hall, 2001; Kessler et coll., 1996). La présence simultanée de ces problèmes est particulièrement fréquente chez les personnes traitées pour des problèmes de consommation (Chan, Dennis et Funk, 2008) et de santé mentale (Koegl et Rush, 2011). Il est difficile d'amener les clients atteints de troubles cooccurrents à suivre un traitement et à y adhérer, mais les modèles de soins intégrés ont démontré une certaine efficacité (Donald, Dower et Kavanagh, 2005). Les personnes souffrant de graves problèmes de consommation, dont les besoins médicaux généraux sont souvent mal évalués, présentent un risque accru d'infections, de maladies infectieuses, de maladies cardiovasculaires et d'autres maladies chroniques comme le diabète (Donald et coll., 2005; Dickey, Normand, Weiss, Drake et Azeni, 2002). Parmi les traitements les plus efficaces pour ces personnes, beaucoup comprennent une pharmacothérapie; par exemple, un traitement d'entretien à la méthadone contre la dépendance aux opioïdes (Amato et coll., 2005; Mattick, Breen, Kimber et Davoli, 2009). La gestion de la pharmacothérapie est également importante dans le traitement des troubles mentaux. Vu le nombre considérable de personnes souffrant simultanément de problèmes interreliés de toxicomanie et de santé physique et mentale, il pourrait être avantageux sur le plan clinique de regrouper et de coordonner les services de soins de santé avec les services de toxicomanie et de santé mentale, ainsi que de traiter ces problèmes en même temps.

Amélioration de la continuité des soins

Dans les soins de santé en général, et sans contredit dans les services de toxicomanie et de santé mentale, les patients mentionnent des défis majeurs dans la transition entre différents types de soins à la fois horizontalement (p. ex. entre niveaux de soins et de soutien en toxicomanie et en santé mentale) et verticalement (p. ex. entre secteurs – de l'hospitalisation à la communauté; des soins d'urgence à l'intervention communautaire en cas de crise; des soins primaires aux soins spécialisés et inversement dans la gestion à long terme du rétablissement; des services pour jeunes aux services pour adultes). On pourrait même dire que la continuité des soins est au cœur des initiatives de soins en collaboration.

Augmentation de la satisfaction des patients

Les clients des services de soins de santé sont souvent frustrés de devoir faire appel à plusieurs fournisseurs de services presque complètement isolés les uns des autres. Les transitions entre fournisseurs les forcent souvent à répéter leur histoire et à s'ajuster à de nouvelles façons de faire et orientations de valeur. Les clients veulent des services mieux coordonnés et plus centralisés – ce qui comprend la transmission de leurs renseignements – reflétant une approche fluide à guichet unique et offrant une gamme élargie de choix. Ces préoccupations ressortent autant des sondages de satisfaction réalisés auprès des clients et des familles que des groupes de discussion, surtout chez les professionnels de la prise en charge des problèmes concomitants de toxicomanie et de santé mentale (Santé Canada, 2002)



Amélioration des résultats des clients-patients et réduction des coûts

On s'attend à ce que la collaboration aide à améliorer les résultats pour la santé. Par ailleurs, même si les coûts augmentent initialement en raison de la mise en place de nouveaux services, ils diminueront à long terme grâce à une réduction du dédoublement des services et à un meilleur jumelage des clients au niveau de soins approprié. D'après certaines études, le traitement des problèmes de consommation et de santé mentale chez les patients atteints de problèmes physiques pourrait également réduire le coût global pour le système de soins de santé (Butler et coll., 2008). En outre, il est important de reconnaître les mises en garde et les défis potentiels associés aux soins en collaboration. Parmi les défis, notons la domination d'un paradigme de traitement et de soutien par rapport à un autre, sans dialogue ni échange de cultures et de pratiques entre différents professionnels; l'investissement accru en temps et en ressources qu'exigent la planification et l'élaboration des initiatives de collaboration; le manque de clarté relativement à la responsabilité de la prise en charge et des résultats des cas; et les risques associés au choix de mesures qui pourraient ne pas refléter les bienfaits à moyen ou à long terme.



Modèles de collaboration

Comme la définition de la collaboration fournie plus tôt est relativement large, il peut être utile de se concentrer sur certains modèles et approches ayant été mentionnés dans la documentation de recherche. Il n'existe toutefois pas de modèle optimal pour tous les contextes communautaires.

Groupe de travail conjoint sur les soins de santé mentale partagés

Composé de membres du Collège des médecins de famille du Canada et de l'Association des psychiatres du Canada, le Groupe de travail conjoint sur les soins de santé mentale partagés se concentre sur les soins à l'échelle des services et décrit les soins de santé mentale en collaboration comme étant « des soins dispensés par des prestataires de spécialités, disciplines ou secteurs différents, qui travaillent ensemble à offrir des services complémentaires et un soutien mutuel » (Kates et coll., 2011). Il résume également divers modèles de collaboration, adaptés aux fins du présent rapport pour s'appliquer à des milieux autres que celui des soins primaires :

- **Communication efficace** : Transmission claire, pertinente, compréhensible et en temps opportun de renseignements nécessaires sur les personnes et les programmes, notamment au moyen de dossiers électroniques.
- **Consultation** : Offre par des professionnels en toxicomanie et en santé mentale de conseils, d'orientations et de suivi à l'intention d'autres fournisseurs de services, visant à compléter les soins et le soutien prodigués aux clients et aux familles et à partager la responsabilité continue des soins. Aussi : offre par des fournisseurs de services de conseils à l'intention d'autres fournisseurs de services spécialisés sur la prise en charge des besoins médicaux, psychosociaux et spirituels des personnes atteintes de problèmes de toxicomanie et de santé mentale.
- **Coordination** : Coordination de plans de soins (notamment les plans de congés) et d'activités cliniques (notamment le dépistage, l'évaluation, le traitement et la planification du soutien) en vue d'éviter le dédoublement, d'utiliser efficacement les ressources et d'offrir de l'aide pour la transition des patients vers les services appropriés. La coordination peut également comprendre des activités de formation interprofessionnelles, comme des présentations conjointes, des visites de locaux, de la formation mutuelle et des webinaires.
- **Regroupement des services** : Professionnels en toxicomanie et en santé mentale travaillant au sein d'autres types de services, ou autres types de fournisseurs de services travaillant au sein de services de toxicomanie et de santé mentale en vue d'aider à répondre aux besoins physiques, psychosociaux et spirituels des clients.
- **Intégration** : Service ou équipe clinique unique réunissant des professionnels de divers domaines – santé mentale, toxicomanie, soins primaires, autres domaines pertinents – qui planifient les soins et prennent les décisions ensemble, travaillent à partir d'un dossier médical commun ou partagé, et organisent des activités d'intervention collaboratives. Cette équipe clinique interdisciplinaire peut constituer une entité administrative unique ou être rattachée à une autre entité par l'intermédiaire d'ententes et de contrats de service.



Modèle de soins des maladies chroniques

Le Chronic Care Model [modèle de soins des maladies chroniques] (Wagner, 1998) a été élaboré en réponse à l'incapacité des services de soins de santé traditionnels à répondre aux besoins des personnes atteintes de maladies chroniques. Wagner soutenait que les services cliniques et les soutiens systémiques requis devaient être revus pour permettre une réelle amélioration des résultats pour la santé. Son modèle exige les éléments suivants :

- soutien à la prise en charge personnelle bien axée sur le plan comportemental visant en priorité l'amélioration de la confiance et des aptitudes des clients pour leur permettre d'être les ultimes responsables de leur traitement;
- processus et incitatifs développés visant la mise en œuvre de changements au système de prestation de soins;
- réorganisation des fonctions et des processus liés aux pratiques au sein des équipes (p. ex. rendez-vous et suivi) en vue de répondre aux besoins des malades chroniques;
- élaboration et mise en œuvre de lignes directrices fondées sur des données probantes et de soutiens connexes par la formation des fournisseurs, l'offre de rappels et l'intensification des interactions entre généralistes et spécialistes;
- amélioration des systèmes d'information en vue de favoriser la mise en place de registres de maladies, de systèmes de suivi et de rappels qui serviront de rétroaction sur le rendement.

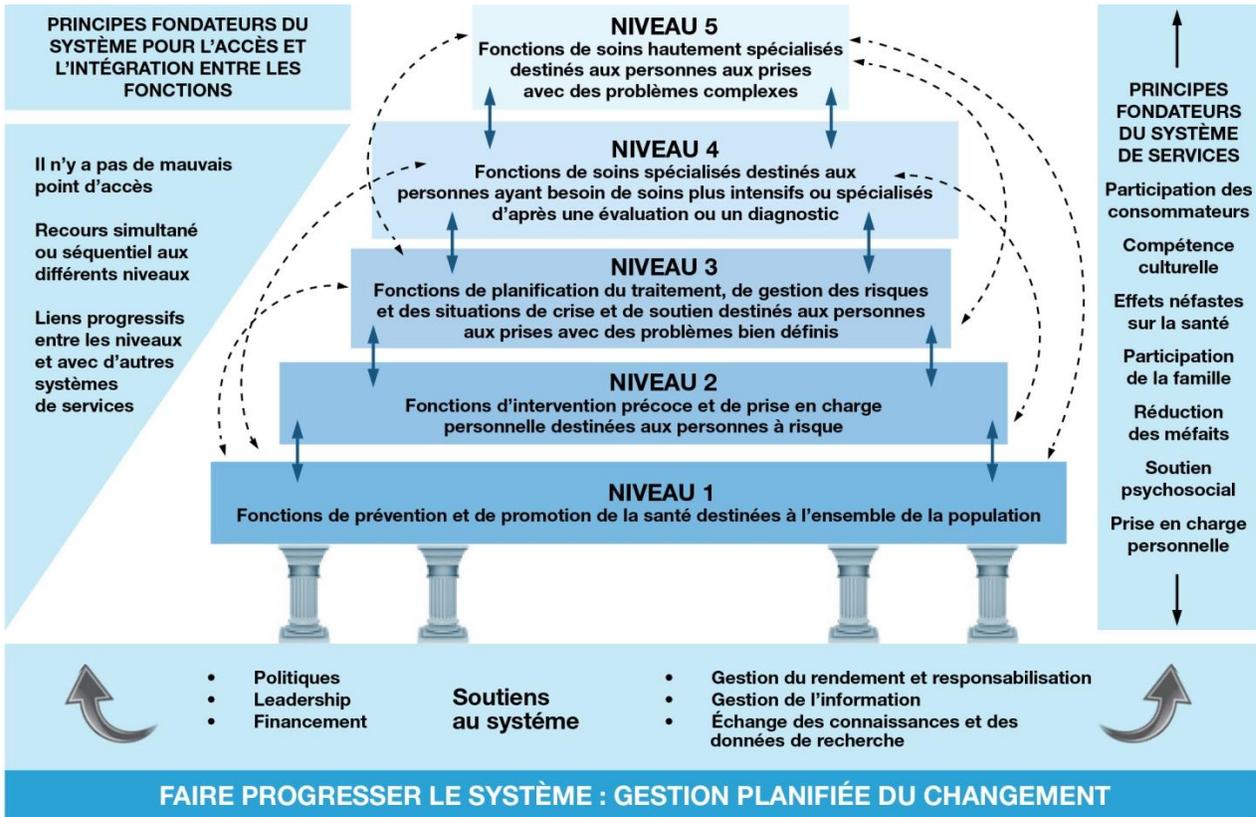
Ce modèle a grandement contribué à faire valoir la nécessité d'une gamme de services de soins de santé qui collaborent en vue de mieux répondre aux besoins des patients. Il ne tient toutefois pas compte du besoin d'augmenter le nombre de services et soutiens coordonnés ou de la nécessité de la collaboration entre différents secteurs – sanitaire, juridique, social, du logement, de l'éducation et de l'emploi – pour aborder la complexité des problèmes de consommation et de santé mentale.

Modèle à niveaux

Le modèle à niveaux, une autre approche conceptuelle pouvant appuyer la planification et la mise en œuvre des soins en toxicomanie et en santé mentale, vise à répondre au besoin d'une collaboration multisectorielle élargie. Dérivé de modèles de prise en charge des maladies chroniques utilisés dans la planification des services de santé, le modèle à niveaux (voir la figure 1) a d'abord été présenté en tant qu'élément clé de la Stratégie nationale sur le traitement portant sur les services et soutiens pour les problèmes de consommation (Groupe de travail sur la Stratégie nationale sur le traitement, 2008). Il a depuis été adapté plusieurs fois au Canada dans le cadre de services en toxicomanie et pour soutenir la coordination des services destinés aux personnes ayant des problèmes de toxicomanie et de santé mentale cooccurrents (Groupe de travail sur la Stratégie nationale sur le traitement, 2008; Rush et Nadeau, 2011). Ce modèle s'inspire également du Stepped Care Model [modèle de soins par paliers] préconisé par le National Health Service [service national de la santé] du Royaume-Uni dans ses lignes directrices sur le traitement de la dépression (voir l'annexe B).



Figure 1 : Modèle à niveaux



De Rush (2010) et Rush et Nadeau (2011), fondé sur le modèle à niveaux décrit dans la Stratégie nationale sur le traitement du Groupe de travail sur la Stratégie nationale sur le traitement (2008).

Le modèle à niveaux est fondé sur une perspective de santé de la population. La distribution des risques et des méfaits (souvent appelée « gravité ») est présentée sous forme de pyramide, par couches ou « niveaux ». Par le passé, on classait les troubles de santé mentale selon qu'ils étaient légers, modérés ou graves. Le modèle à niveaux s'appuie sur cette classification, et chaque niveau reflète une classe de fonctions visant l'atteinte de certains résultats adaptés à la gravité. Une fonction n'est pas un type de programme ou de service (p. ex. milieu de soins primaires). En effet, un cadre de prestation de services donné peut offrir un éventail de fonctions. En outre, chaque niveau reflète un degré croissant de spécialisation dans la nature de la fonction offerte et la compétence attendue du fournisseur de services pour traiter des problèmes de toxicomanie et de santé mentale et des troubles cooccurrents. Ce degré de spécialisation accru correspond à une gravité supérieure; plus le niveau augmente, moins le nombre de personnes ayant besoin du service est élevé, mais plus la prestation intersectorielle de services coûte cher.

Un élément crucial du modèle à niveaux est le fait que les personnes et leurs familles peuvent entrer dans ce réseau complet de prestation de services à n'importe quel point d'accès (« chaque porte est la bonne »). Ils devraient ensuite être dirigés vers d'autres fonctions appropriées du même niveau ou de tout autre niveau. Le réseau de services doit donc être opérationnalisé et coordonné de façon à faciliter ces transitions en fonction des besoins : les patients « n'appartiennent » à aucun élément du réseau : ils sont plutôt clients de l'ensemble du réseau. Le concept d'intégration progressive est ici essentiel à l'évaluation du besoin de stratégies de collaboration précises et de leur intensité par rapport à la gravité des besoins de la personne (à l'instar du modèle de soins par paliers).



Le modèle à niveaux s'inspire de plusieurs principes fondateurs pertinents à la mise en place de soins et de soutiens collaboratifs en toxicomanie et en santé mentale (p. ex. soins centrés sur le client, prise en charge personnelle, rôle de la famille). On trouve tout au bas du diagramme les principaux soutiens systémiques nécessaires à la création et au maintien de processus et de structures collaboratifs à l'échelle du service (p. ex. politiques, leadership et systèmes d'information partagés). Cette position reflète la distinction entre la collaboration au niveau du système et du service.

Le modèle à niveaux s'est révélé un cadre conceptuel utile pour la planification des services et des soutiens systémiques en matière de toxicomanie et de santé mentale dans plusieurs provinces et territoires canadiens. Son application comporte toutefois son lot de difficultés. Comme il s'agit d'un outil conceptuel, le modèle doit être opérationnalisé au moyen d'éléments de base comme des gestionnaires d'aiguillage; des protocoles efficaces d'admission, d'évaluation et de jumelage; des stratégies concrètes de réduction des méfaits; et des niveaux multiples de soins et de soutiens. En outre, le modèle n'aborde pas les compétences de base nécessaires à la prestation de services de haute qualité ni la valeur à accorder à des relations thérapeutiques solides et empathiques à différents points de jonction au sein d'un service ou d'une fonction, ou entre les différents éléments représentés par les niveaux.

Modèle de système de soins global, intégré et continu

Le modèle de système de soins global, intégré et continu (Minkoff et Cline, 2004) décrit un processus axé sur une vision selon laquelle chaque niveau lié à la prestation de service (comportement, santé et autre) est réorienté en fonction des besoins des particuliers et des familles qui cherchent à obtenir ces services. L'objectif ultime du modèle de système de soins global, intégré et continu est d'aider à élaborer des services accueillants, axés sur le rétablissement, intégrés, sensibles aux traumatismes et compétents du point de vue culturel afin de répondre de façon efficiente et efficace aux besoins des particuliers et des familles aux prises avec des troubles concomitants.

Selon le modèle de système de soins global, intégré et continu, tout programme et toute personne qui offre des services dans un environnement clinique participe à un processus d'amélioration de la qualité visant à mieux comprendre les troubles concomitants.

Ce modèle s'appuie sur les huit principes relatifs aux pratiques exemplaires sur lesquels les cliniciens s'entendent et qui tiennent compte du point de vue des systèmes de santé mentale et des toxicomanies.

1. Les troubles concomitants sont la règle et non l'exception.
2. Un partenariat de rétablissement se fonde sur une relation empathique, encourageante, intégrée et axée sur les forces.
3. Toute personne aux prises avec des troubles concomitants ne présente pas les mêmes symptômes. Les diverses parties du système se doivent donc d'offrir des services adaptés aux troubles concomitants pour diverses populations.
4. Lorsqu'il est question de troubles concomitants, on considère chacun d'entre eux comme étant primaire.
5. Le rétablissement consiste en un passage dans divers stages de changement et diverses phases de rétablissement pour chaque trouble concomitant.
6. Le progrès s'accomplit par un apprentissage axé sur les compétences et supporté et récompensé de façon convenable pour chaque trouble concomitant.



7. Les plans de rétablissement, les interventions et les résultats doivent être personnalisés. Par conséquent, il n'y a pas de programme ou d'intervention à double diagnostic qui convient à tous.
8. Le modèle de système de soins global, intégré et continu est conçu pour rendre toutes les politiques, procédures, pratiques et tous les programmes et cliniciens accueillants, axés sur le rétablissement ou la résilience et adaptés aux troubles concomitants.

Le système de soins global, intégré et continu est aussi accompagné d'un plan de mise en œuvre en 12 étapes qui recense et décrit les besoins de base pour une mise en œuvre efficace, y compris la planification, la prise de décisions, le renforcement des capacités, le financement, les partenariats et la collaboration, la documentation et l'évaluation. Le CCISC Outcome Fidelity and Implementation Tool (CO-FIT100™) [Outil de fidélité des résultats et de mise en œuvre du système de soins global, intégré et continu] est disponible pour aider les équipes à contrôler et mesurer la réussite de la mise en œuvre du modèle de système de soins global, intégré et continu (<http://www.cmha.ca/files/2015/01/COFIT-v1r1.pdf>). La mise en œuvre du système de soins global, intégré et continu nécessite un processus d'amélioration de la qualité continu qui encourage l'élaboration d'un plan portant attention à chaque étape de mise en œuvre dans un ensemble exhaustif de services.

Éléments communs

Les modèles décrits ci-dessus présentent plusieurs caractéristiques communes propres aux efforts collaboratifs, notamment :

- besoin de liens efficaces;
- haut degré de confiance et de réciprocité entre les participants;
- accent mis sur un vaste continuum de gravité;
- participation de multiples secteurs;
- soins axés sur le client;
- divers niveaux de collaboration correspondant aux différents types de besoins et degrés de gravité;
- distinction entre les initiatives à l'échelle du service et celles à l'échelle du système.

Mécanismes de soutien du cheminement clinique collaboratif

Voici d'autres exemples de mécanismes appuyant la collaboration et l'intégration dans les services de soins de santé en général qui peuvent être très utiles aux domaines de la toxicomanie et de la santé mentale :

- **Processus d'évaluation unique intégrant l'évaluation multidisciplinaire** : Les processus d'évaluation unique réduisent le nombre d'évaluations réalisées par les intervenants en toxicomanie et en santé mentale ainsi que par divers professionnels de la santé et des services sociaux, en plus de favoriser un processus de soins fluide. Un réseau de fournisseurs peut également avoir recours à des outils de dépistage et d'évaluation communs permettant l'échange de renseignements et la planification conjointe des soins par voie électronique.
- **Dossiers médicaux informatisés partagés** : La tenue de dossiers partagés nécessite une plateforme électronique commune où verser et transmettre des renseignements sur la santé



(p. ex. résultats d'outils de dépistage et d'évaluation, diagnostics, notes sur les cas, renseignements détaillés sur les plans de soins continus).

- **Point d'accès centralisé aux soins** : Cette approche vise à réduire le nombre de points d'entrée pour les utilisateurs, parfois à un seul point d'accès, afin de limiter le nombre de professionnels et d'organismes auxquels les clients potentiels et leurs familles doivent avoir affaire.
- **Modèle Dépistage, intervention rapide et orientation** : Ce modèle exige que les professionnels de la santé et des services sociaux utilisent des outils de dépistage communs pour repérer les personnes à risque ou atteintes de problèmes de toxicomanie et de santé mentale. Celles-ci font ensuite l'objet d'une intervention rapide sur place ou sont aiguillées de façon proactive vers des fournisseurs de soins spécialisés, selon la nature de leurs besoins et la gravité de leur problème.
- **Gestionnaires d'aiguillage ou intervenants-pivots** : Les gestionnaires d'aiguillage et les intervenants-pivots sont responsables d'appuyer les transitions d'une personne et de ses proches d'un service ou d'un secteur à l'autre pour éviter qu'ils fassent la navette entre les fournisseurs de services de toxicomanie, de santé mentale et d'autres spécialités et qu'ils se perdent éventuellement dans le système.
- **Changement culturel** : L'efficacité des travaux sur les troubles concomitants a été limitée dans plusieurs domaines, car les services pour les particuliers aux prises avec des toxicomanies et ceux pour les personnes atteintes de maladies mentales ont traditionnellement été accompagnés de leurs propres structures, processus et fournisseurs. Les services pour les troubles concomitants se manifestent naturellement lorsqu'on élimine la tendance à la concurrence entre groupes d'employés.



Principaux domaines d'action

La présente section décrit les six principaux domaines d'action visant à soutenir les efforts collaboratifs. Ces domaines sont fondés sur les données de recherche présentées dans les documents d'orientation ainsi que sur l'expérience pratique et les recommandations des participants au Forum du leadership transformationnel. Chacun des domaines est accompagné d'un ou de plusieurs exemples de cas réels d'intégration réussie à la prestation de services en toxicomanie et en santé mentale, ainsi que d'exemples de ressources particulières.

Soutien du changement

La collaboration entre les secteurs de la toxicomanie et de la santé mentale nécessite que les fournisseurs de services apportent des changements – dont certains de taille – dans leur façon de faire. Malheureusement, la majorité des initiatives de changement échouent, soit au moment de la mise en œuvre, soit plus tard, parce que les responsables n'ont pas bien géré les obstacles (Fixsen, Blase, Naoom et Wallace, 2009; Grimshaw et coll., 2006). Bien que le rapport porte principalement sur la collaboration dans la prestation de services directs, les obstacles décrits dans la présente section s'appliquent autant à l'échelle du service que du système. La plupart conviendront que les systèmes revêtent une grande importance dans la mise en œuvre de nouvelles approches et innovations (Schmidt et coll., 2012) et que la meilleure façon de mettre en œuvre des interventions favorisant le changement est d'agir à plusieurs niveaux en vue d'influencer les soins directs (Fixsen, Naoom, Blasé, Friedman et Wallace, 2005). Une vaste gamme de soutiens fonctionnels et structurels doivent être en place à l'échelle du système pour maintenir les changements mis en œuvre à l'échelle des services (p. ex. mécanismes de responsabilité, systèmes d'information partagés, leadership).

Les nombreux obstacles et défis à l'élaboration de soins et de soutiens en collaboration destinés aux personnes atteintes de problèmes de toxicomanie et de santé mentale, notamment de troubles concomitants, sont largement discutés dans la littérature (Kates et coll., 2011; Chalk, Dilonardo et Gelber Rinaldo, 2011; Rush et Nadeau, 2011). Bon nombre d'obstacles ont également été mis en évidence en ce qui a trait à l'intégration des services de santé en général ainsi qu'aux soins primaires en collaboration (RAND Europe et Ernst & Young, 2012; Hutchison, Levesque, Strumpf et Coyle, 2011; Ivbijaro, éd., 2012). Voici quelques exemples de ces difficultés, dont plusieurs ont également été soulignées par les participants au Forum :

- modèles et niveaux de financement et de rémunération actuels;
- contraintes de temps;
- faible connaissance des pratiques fondées sur des données probantes dans le domaine;
- manque de conviction quant à la valeur qu'ajoute la collaboration;
- manque de préparation aux pratiques de collaboration dans l'éducation et la formation;
- culture entrepreneuriale de certains professionnels et organismes;
- attitudes, stigmatisation et discrimination à l'égard des personnes atteintes de problèmes de toxicomanie et de santé mentale;
- manque d'éléments incitatifs au changement ou présence d'éléments dissuasifs;
- accès insuffisant aux principaux services nécessaires pour une approche de collaboration donnée, notamment les disparités géographiques d'accès à certains services (p. ex. psychiatres, spécialistes en médecine de la toxicomanie);
- crainte du changement en général et absence d'un leader d'opinion pouvant lancer et maintenir le processus de gestion du changement.



Les décideurs et les leaders devraient aborder la collaboration comme une initiative de changement formelle, même lorsque les changements visés sont de portée relativement restreinte; ces initiatives peuvent elles aussi échouer à susciter le progrès si elles ne reçoivent pas le soutien nécessaire. Idéalement, le changement devrait être guidé par un modèle et une stratégie de gestion du changement formels et s'appuyer sur des pratiques exemplaires fondées sur la science de la mise en œuvre en matière de principes et d'interventions³. La stratégie devrait comprendre un processus d'évaluation des obstacles et du degré de préparation au changement et la mise en place d'initiatives précises visant à surmonter ces difficultés. Un certain nombre de modèles et de ressources existants (voir la sous-section *Ressources – Soutien du changement* ci-après) pourraient être adaptés à la portée et au contexte des changements visés.

Les domaines de la participation et de l'établissement de relations, du renforcement de la capacité de collaboration et de l'évaluation, éléments essentiels de la gestion du changement, seront décrits plus loin. En plus de ces domaines d'action, les stratégies suivantes ont été mises en évidence autant par les documents examinés que par les expériences des participants au Forum.

- **Prendre le temps de planifier et de soutenir le changement** : L'établissement de relations de collaboration exige de la préparation, du temps et des structures de soutien (Craven et Bland, 2006). Il est primordial de ne pas prendre la mise en œuvre à la légère, mais plutôt de préconiser une approche réaliste, mesurée et bien gérée. Les participants au Forum ont insisté sur ce principe et ont souligné le fait que les relations de collaboration sont souvent peu efficaces à leurs débuts, car les nouveaux processus pourraient demander plus de temps et d'énergie que la façon de faire habituelle. Dans certains cas, cette inefficacité sera le prix à payer pour une meilleure prestation des soins; dans d'autres, elle se résorbera d'elle-même à mesure que les partenaires apprendront à se connaître et à connaître les nouveaux processus.
- **Faire appel à des gens ayant une expérience vécue et à leurs familles et soutiens** : Ces parties prenantes clés doivent participer de façon significative à la conception de processus de soins en collaboration qui répondent adéquatement à leurs besoins et s'appuient sur leurs forces. Ils représentent une ressource précieuse pouvant apporter des points de vue et des expériences uniques.
- **Adopter une vision commune** : Les partenaires doivent s'entendre sur les objectifs et la philosophie du changement visé (Kates et coll., 2011). L'adoption d'une vision commune par les intervenants à l'échelle du service et du système établit une base et un argumentaire solides pour de futurs changements aux infrastructures et aux processus. Cette vision doit être élaborée de façon inclusive et largement diffusée.
- **Harmoniser le financement et les politiques avec les efforts de collaboration** : Les modèles de financement ne sont généralement pas conçus pour appuyer des approches collaboratives interdisciplinaires (Kates et coll., 2011). Par exemple, un certain nombre d'activités associées aux soins intégrés et aux soins en collaboration, comme la gestion de cas, les consultations et d'autres activités de communication entre fournisseurs, ne sont habituellement pas remboursées dans le cadre des structures normales de paiement à l'acte. Cette difficulté nécessitera la mise en œuvre de changements aux politiques et l'adoption de mécanismes de rémunération appropriés favorisant la collaboration. D'autres modifications aux règlements et aux politiques pourraient servir de levier pour les

³ La science de la mise en œuvre étudie les méthodes pour promouvoir l'intégration des résultats et des recherches dans les politiques et pratiques de soins de santé. Cette définition est issue de la foire aux questions des National Institutes of Health [instituts nationaux de la santé] sur la science de la mise en œuvre, consultée le 25 juillet 2013 à <http://www.fic.nih.gov/News/Events/implementation-science/Pages/faqs.aspx>. Voir aussi Fixsen, Naoom, Blase, Friedman et Wallace, 2005.



changements systémiques et compléter les changements aux structures de financement (Schmidt et coll., 2012).

- **Se faire le leader du changement et développer et soutenir le leadership à tous les échelons** : Le soutien et le leadership descendants sont souvent considérés comme l'ingrédient clé d'un processus de changement vers des services collaboratifs, au même titre que la présence d'un leader d'opinion ou d'un champion convaincant (Rush et Nadeau, 2011). Selon la portée et la nature de la collaboration, il peut être judicieux de nommer des champions à tous les échelons. Ces derniers sont particulièrement utiles pour surmonter la résistance ou l'ambivalence à l'égard du changement chez leurs pairs, surtout s'ils ont un fort ascendant social.
- **Susciter la participation des personnes responsables de la mise en œuvre des changements tôt dans le processus** : La participation des intervenants, surtout ceux qui auront un rôle à jouer dans la mise en œuvre, est essentielle.
- **Ajuster les structures et les pratiques opérationnelles** : Les structures et les pratiques opérationnelles sont les pièces maîtresses de la prestation de services. L'évaluation des processus et l'élaboration de stratégies complémentaires à l'appui des pratiques de collaboration sont essentielles à l'efficacité de la prestation de services et du changement systémique. La seule mise en place de pratiques de collaboration ne semble pas entraîner de transfert d'aptitudes ni de changement durable dans les connaissances ou les comportements des médecins en soins primaires. Le changement exige également la restructuration des services en vue de soutenir les changements aux modèles de pratique (Craven et Bland, 2006). La promotion, par les bailleurs de fonds et les responsables des politiques, de la tenue d'analyses opérationnelles pour repérer les problèmes ainsi que de l'adoption d'approches multiples visant à soutenir la collaboration pourrait constituer un bon levier de changement.

Exemple – Soutien du changement

Équipe de santé familiale de Hamilton, Ontario

Pour le gouvernement de l'Ontario, les équipes de santé familiale jouent un rôle important dans la transformation du système de santé et de la perception des gens à l'égard des soins de santé. Ces équipes ont pour mandat les fonctions suivantes :

- miser davantage sur la prévention de la maladie et la promotion de la santé;
- rechercher les meilleures façons de prendre en charge les maladies chroniques comme le diabète et la dépression;
- offrir des soins plus accessibles et plus complets;
- permettre aux patients de participer davantage aux décisions qui touchent leur propre santé.

Depuis avril 2005, le gouvernement ontarien a créé 200 équipes de santé familiale dans l'ensemble de la province. L'équipe de santé familiale de Hamilton est la plus grande : bâtie sur les fondations du programme de santé mentale et de nutrition de l'Organisation des services de santé de Hamilton-Wentworth, elle dessert plus de 280 000 personnes.

L'équipe de santé familiale de Hamilton, située au centre-ville de Hamilton, dessert une partie du Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) de Hamilton Niagara Haldimand Brant. Plus de 400 cliniciens travaillent ensemble dans un environnement collaboratif pour offrir aux patients les soins dont ils ont besoin et les garder en santé. L'équipe compte 150 médecins ainsi que des infirmières et des infirmières praticiennes, des diététistes, des conseillers, des psychiatres et des pharmaciens.



Le succès de l'équipe repose en partie sur le fait qu'elle est largement centrée sur les patients en plus de mettre en œuvre des initiatives de prise en charge des maladies chroniques et d'offrir un accès à une vaste gamme de services. L'équipe s'efforce d'aider ses patients à retrouver et à conserver la santé par les pratiques suivantes :

- échanger des renseignements exacts et à jour sur les meilleures façons de prévenir la maladie et de promouvoir la santé;
- repérer les facteurs de risque et offrir des services de dépistage et de suivi, au besoin;
- détecter les problèmes de santé (notamment de santé mentale) et intervenir plus tôt, au moment où les soins sont plus efficaces et moins coûteux;
- élargir la gamme de problèmes de santé que peuvent évaluer et traiter les médecins de famille, la première personne que consultent la plupart des patients;
- offrir du soutien et des stratégies visant à mieux prendre en charge les maladies chroniques;
- aider les patients et leurs familles à s'y retrouver dans le système de soins de santé, afin d'assurer une meilleure coordination des soins.

Pour en savoir plus sur ce projet, veuillez communiquer avec :

Équipe de santé familiale de Hamilton
10, rue George, 3^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 1C8
905-667-4848
<http://www.hamiltonfht.ca/home>

Approche sociopsychologique de la collaboration, Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse

Dans la région de la Rive-Sud de la Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse, on porte une attention particulière aux obstacles sous-jacents à la collaboration dans le domaine des troubles concomitants. Comme les services pour les particuliers aux prises avec des toxicomanies et ceux pour les personnes atteintes de maladies mentales ont traditionnellement été accompagnés de leurs propres structures, processus et fournisseurs, les travaux relatifs aux troubles concomitants ont toujours fait face à de nombreux obstacles. Chaque secteur abordait sa propre part des troubles du client et effectuait un aiguillage à un autre secteur pour s'occuper du reste. Cela signifiait qu'on ne répondait jamais de façon intégrée et globale aux besoins du client.

Lorsque ce dédoublement est devenu manifeste, la plupart des secteurs ont commencé à « intégrer » les deux programmes en les plaçant sous un poste de leadership commun, comme un directeur ou plus. Bien souvent, le reste de la structure, des gestionnaires en descendant, demeurait intacte, mais les organisations commençaient à se désigner comme programmes intégrés en santé mentale et toxicomanie. Les silos intacts s'élaboraient alors des chemins ou algorithmes cliniques pour déterminer quand et pour quelle raison un client serait renvoyé à l'autre volet de programme.

À tous ces efforts, fondés sur une structure de niveau supérieur et un point de vue clinique, il manque une composante sociopsychologique essentielle. On a omis d'y reconnaître que les travaux sur les troubles concomitants se produiraient plus naturellement si on éliminait l'attitude de concurrence entre les deux groupes d'employés.

On s'est penché, dans la Rive-Sud de la Nouvelle-Écosse, sur les relations entre ces groupes dans le but de réduire ou d'éliminer ce phénomène de concurrence. Tant que le personnel en toxicomanie percevait le personnel en santé mentale comme étant « l'autre », les processus formels de consultation et



d'aiguillage seront maintenus. D'autre part, si un clinicien en toxicomanie souhaite obtenir le soutien ou la participation d'un autre clinicien en toxicomanie (un de « nous »), cela se produit vraisemblablement beaucoup plus souvent, de façon flexible et informelle dans le cadre d'une brève réunion ou d'une consultation dans le couloir. Évidemment, on peut en dire autant dans le sens inverse.

Il a été reconnu, au moment d'intégrer les programmes de santé mentale et de toxicomanie de la Rive-Sud, en 2010, que le fait de mettre ces programmes sous une direction commune n'était pas suffisant, à lui seul, pour permettre une amélioration appréciable des services. On a donc aussi créé de nouveaux postes de gestion, de sorte que chaque rôle de gestionnaire comprenait des composantes de santé mentale et de toxicomanie. Aucun poste de programme, de gestion clinique ou de leadership ne pourrait exister sans rapport avec les deux côtés de ce fossé historique.

On considère aussi souvent la colocation comme étant une solution. Cette perception se fonde sur l'hypothèse de contact originel formulée dans les années 1950, sans reconnaître les conditions dans lesquelles elle peut être utile. On sait maintenant que le simple fait de se trouver au même endroit ne réduit pas l'attitude de concurrence ou les perceptions négatives concomitantes (comme en témoigne la déségrégation précoce des écoles pour noirs et blancs). Elle peut toutefois jouer un rôle habilitant, mais seulement si certaines conditions sont réunies. Premièrement, les groupes doivent être de nature égale. Ils doivent avoir comme intention manifeste de traiter de façon équitable les modèles, approches, opinions et processus des services en santé mentale et en toxicomanie. Autrement, compte tenu de la différence de taille relative des deux services, on pourrait être témoin d'une prise de pouvoir plutôt que d'un partenariat de collaboration, ce qui donnerait vraisemblablement lieu à un antagonisme accru.

Comme la fusion doit prévoir l'établissement de liens sociaux et personnels, l'aménagement des bureaux doit faire en sorte que les espaces communs (salles de pause) soient partagés. Enfin et surtout, il faut stimuler l'interdépendance. Et la création d'une culture et de processus dans le cadre desquels les gens ont besoin de se fier les uns aux autres et de se faire confiance pour atteindre leurs objectifs communs (p. ex. réduction des temps d'attente, service axé sur la clientèle) permet de le faire. Par exemple, si on encourage les employés à obtenir l'avis des autres membres du personnel relativement à un cas complexe plutôt que de renvoyer le client, ces personnes deviennent dépendantes les unes des autres pour s'acquitter de leur propre travail de façon efficace.

La Rive-Sud de la Nouvelle-Écosse a aussi considéré les processus et la langue. Pour que les deux groupes commencent à se considérer eux-mêmes et à considérer les autres comme membres d'un même groupe, ils ont éliminé les processus et le langage qui mettaient implicitement ou explicitement en évidence leurs caractères distincts. Par exemple, le concept d'« aiguillage » suggère qu'un client est renvoyé d'un programme ou service à un autre. Ce concept n'est pas valide dans le cadre d'un unique programme intégré et il perpétue la perception de séparation. Plutôt que de parler « d'aiguillages », on a modifié le langage et on parle maintenant de contribution d'un collègue à un cas ou de consultation d'un collègue au sujet d'un cas. Ce décalage de processus et de langage contribue de façon considérable aux consultations de corridor et aux fréquents échanges de collaboration au sujet de cas complexes.

En outre, on a fusionné toutes les réunions du personnel de sorte qu'il n'y avait plus de rencontres distinctes du personnel en toxicomanie ou du personnel en santé mentale. Les réunions et discussions de nature clinique ou administrative étaient structurées de façon à ignorer les distinctions historiques entre les deux. Ce changement constitue une approche fondée sur des données probantes pour engendrer la collaboration. Le besoin fondamental est de faire décaler les identités collectives des employés en question pour qu'ils se voient comme collègues dotés de compétences variées et précieuses plutôt que comme membres de divers programmes.

La Rive-Sud de la Nouvelle-Écosse a adopté une approche axée sur la clientèle qui tient pour acquis que les clients ont tous des besoins concomitants en matière de soins de santé. Si un service est



réellement axé sur la clientèle, il recense les besoins simples et complexes de chaque client, puis prodigue les types de soins ou les combinaisons de types de soins les plus appropriés et les plus efficaces. Il est préférable qu'un seul praticien prodigue tous les soins nécessaires (en consultation avec les collègues appropriés et avec leur soutien en coulisse), car cela est plus simple et confortable pour le client. Si cela n'est pas possible, le personnel prend ensemble des dispositions de rechange. Si cette orientation axée sur le client particulier fait partie intégrante du système, il n'y a sans doute plus besoin de dépistage spécifique, formel de troubles concomitants, puisque les multiples besoins des clients, soient-ils manifestes ou exprimés, sont pris en compte dans l'élaboration ou la prestation de services.

Bien entendu, il faut appliquer la méthode clinique appropriée en fonction d'une connaissance de la combinaison précise de besoins que présente et souhaite aborder le client. Toutefois, pour assurer l'efficacité et l'efficience de ce travail, il faut tout d'abord créer une culture de services intégrés, globaux et axés sur la clientèle, ainsi qu'une identité de groupe commune pour l'ensemble des silos et secteurs de programme qui se distinguaient jadis les uns des autres. Tout cela fait actuellement l'objet du programme de la Nouvelle-Écosse.

Pour en savoir plus sur ce projet, veuillez communiquer avec :

Todd Leader, BACS, MSc, T.S.A., R.Psych
Todd.Leader@smu.ca

Ressources – Soutien du changement

- Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. *Planification des systèmes* (en ligne), Ottawa (Ont.), Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2014. Consulté à l'adresse : <http://www.ccsa.ca/fra/topics/treatment-and-supports/systems-planning/pages/default.aspx>
- Fixsen, D.L., S.F. Naoom, K.A. Blase, R.M. Friedman et F. Wallace. *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*, Tampa (FL), University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, National Implementation Research Network, publication n° 231, 2005. Consulté à l'adresse : <http://ctndisseminationslibrary.org/PDF/nirnmonograph.pdf>
- Reeler, D. *A Three-Fold Theory of Social Change and Implications for Practice, Planning, Monitoring and Evaluation*, Le Cap (Afrique du Sud), Community Development Resource Association, 2007. Consulté à l'adresse : http://www.cdra.org.za/uploads/1/1/1/6/111664/a_three-fold_theory_of_social_change_doug_reeler2007.pdf

Participation et établissement de relations

L'établissement de relations de travail efficaces est un élément essentiel des collaborations visant à assurer des résultats positifs pour la santé (Institute of Medicine, 2006; Assay et Lambert, 1999; Miller, Forchimes et Zweben, 2011). Les données provenant de la recherche et de la pratique soulignent qu'il est essentiel que les bailleurs de fonds et les responsables des politiques repèrent et priorisent les initiatives visant à renforcer ce type de relations. Ces efforts passent notamment par la création de liens entre les secteurs et les ministères; entre les fournisseurs de services; entre les fournisseurs de services et les clients; entre les clients (p. ex. soutien mutuel); et avec des membres de la communauté en général, y compris la mobilisation des jeunes.



Les participants au Forum ont insisté sur le fait que l'établissement de relations et les contacts personnels sont à la base de toute initiative de collaboration. Ils ont également mentionné qu'il est difficile de développer des relations sans soutiens spéciaux (p. ex. financement, temps, locaux). Cet avertissement trouve écho dans la documentation de recherche, qui confirme que les relations de collaboration demandent de la préparation, du temps et des structures de soutien (Craven et Bland, 2006). Voici quelques mécanismes visant à améliorer la communication et à établir des relations :

- Offrir des occasions de renforcer les contacts personnels et d'établir des relations entre les fournisseurs de services – par exemple, par la tenue de séances de rencontre, d'observation de la pratique et de formation, ou par la mise en place de comités consultatifs sur des problèmes précis (Kates et coll., 2011; Collins, Hewson, Munger et Wade, 2010).
- Encourager la création de réseaux mettant en relation des fournisseurs de services, des experts des technologies de l'information, des chercheurs et des consommateurs s'intéressant aux soins de santé en collaboration en vue d'échanger des idées et des expériences et d'élaborer des initiatives (Kates et coll., 2011).
- Promouvoir l'établissement de liens entre les planificateurs de soins de santé à l'échelle provinciale, territoriale et régionale en vue de favoriser les initiatives concertées – par exemple, le développement de réseaux de spécialistes auxquels faire appel (Kates et coll., 2011).

Les participants au Forum ont également souligné que les dirigeants doivent s'attaquer aux obstacles structurels qui entravent souvent les relations, comme les champs de pratique et les contraintes médicales ou légales. Au sein de collaborations intersectorielles, les divers fournisseurs de services ont souvent des formations, des attestations et des mandats différents, qui peuvent donner lieu à des malentendus en raison de l'absence d'un langage commun pour décrire les observations, préoccupations et buts. Par exemple, les employés d'un refuge pourraient juger que le comportement chaotique d'une personne est « mauvais » ou « indiscipliné » et mérite une sanction, comme l'expulsion du refuge, tandis qu'un travailleur spécialisé en toxicomanie ou en santé mentale comprendrait que ce comportement découle d'un problème de consommation ou de santé mentale nécessitant un traitement. En ce qui concerne les contraintes médicales ou légales, un spécialiste pourrait s'inquiéter de sa responsabilité légale s'il conseille un autre clinicien sur la prise en charge d'un patient sans avoir d'abord vu ce dernier. Il pourrait être moins enclin à collaborer au sein d'un modèle de soins partagés ou insister pour voir le client, ce qui donnerait lieu à un temps d'attente, alors qu'une brève conversation aurait pu suffire.

La mobilisation des jeunes peut aussi servir d'outil de collaboration pour changer le système et elle constitue une composante essentielle de l'élaboration de services exemplaires de soins de santé. Les intentions, les attentes et les attitudes des jeunes et des adultes auront une incidence sur le succès de toute stratégie de mobilisation. Une mobilisation réussie des jeunes repose sur une croyance en la valeur fondamentale de leurs opinions et de leurs compétences, ainsi que sur la transparence, la réciprocité et le co-apprentissage, les environnements adaptés aux jeunes, la flexibilité et les occasions de perfectionnement personnel pour les jeunes.

En prenant en charge les personnes ayant une expérience vécue et éventuellement leurs familles et soutiens, les fournisseurs de soins de santé doivent reconnaître et respecter la diversité inhérente à ces groupes. Par exemple, il arrive que des patients préfèrent exclure certains membres de leur famille de leur traitement et choisir d'autres proches pour les accompagner dans leur cheminement. Pourtant, les personnes exclues pourraient avoir elles-mêmes besoin de services et de soutiens, et avoir beaucoup à apporter à la planification de la prestation des soins.

Par ailleurs, il convient de consulter les groupes de personnes ayant une expérience vécue qui ont tendance à être marginalisés et tenus à l'écart des initiatives de collaboration, comme les



personnes aux prises avec un problème de consommation existant et celles qui suivent une pharmacothérapie (p. ex. un traitement de substitution aux opioïdes). Si elles ont déjà été victimes de stigmatisation et de discrimination, les personnes ayant une expérience vécue et leurs familles préfèrent parfois ne pas dévoiler cette expérience dans le cadre d'initiatives de collaboration. Dans la mesure du possible, cette volonté doit être respectée.

Le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (CCLT) et la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) ont assemblé des ressources à l'appui des personnes ayant une expérience vécue et de leurs familles et soutiens (voir la sous-section *Ressources – Participation et établissement de relations* ci-après). Cet appui comprend l'augmentation de leur participation à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation des services. Pour stimuler la participation de ces personnes, aidez-les à prendre part à différentes activités :

- consultations publiques;
- comités consultatifs;
- conception, réalisation et interprétation de sondages de satisfaction et de procédures d'accréditation;
- groupes de revendication;
- formation de professionnels par le partage du point de vue de l'expérience vécue.

Les dirigeants doivent bien estimer les efforts requis pour susciter la participation **significative** des personnes ayant une expérience vécue et de leurs familles et soutiens. Une initiative réellement centrée sur le client doit faire appel à ces personnes à toutes les étapes et à tous les niveaux. Les ententes de collaboration offrent une valeur optimale lorsque les clients et les familles, en plus de recevoir du soutien, tirent profit d'une expérience pertinente de contribution à la conception, à la prestation et à l'évaluation de soins en continuité de leurs situations. La CSMC recommande d'adopter le point de vue des soignants à l'égard des politiques en vue d'appuyer les activités de mobilisation ainsi que la planification et l'examen des programmes et des politiques. Les dirigeants devraient mettre en place des stratégies spéciales sur la participation des personnes ayant une expérience vécue, ainsi que de leurs familles et soutiens.

Ces stratégies devraient tenir compte de considérations pratiques comme le moment, l'endroit, les locaux et le format des réunions ou autres formes de participation. Par ailleurs, les dirigeants devraient prévoir des modalités de compensation, qui pourraient comprendre un remboursement en argent, l'offre d'une formation ou d'autres approches novatrices comme un système de banque de temps, visant à stimuler la participation des personnes ayant une expérience vécue⁴.

Exemples – Participation et établissement de relations

Stratégie Enfants en santé Manitoba

Qu'arriverait-il si une province ou un territoire revoyait ses priorités pour placer les enfants et les jeunes au cœur des politiques publiques et du développement communautaire? Au cours des 20 dernières années, le Manitoba a mis en place des structures, des processus et des ressources dans tous les secteurs en vue d'améliorer les résultats pour les enfants et les jeunes. Dans les années 1990, le gouvernement manitobain a formé le Secrétariat de l'enfance et de la jeunesse pour qu'il travaille avec les ministères de la Santé, de l'Éducation, des Services à la famille et de la Justice (ainsi que d'autres ministères qui se sont ajoutés au fil du temps). La création de ce

⁴ Les systèmes de banques de temps sont un mécanisme d'échange utilisé pour mobiliser les gens et les organismes autour d'un objectif dans lequel le temps est la principale devise. Les participants « déposent » des heures dans une banque de temps – par exemple, en offrant de l'aide et du soutien pratiques – qu'ils peuvent ensuite « retirer » pour obtenir du soutien lorsqu'ils en ont besoin (Voir *What is timebanking?*, consulté le 23 avril 2014 à l'adresse <http://www.timebanking.org/about/what-is-a-timebank/>).



Secrétariat donnait suite à une analyse interministérielle ayant révélé que la province dépensait 1,4 million de dollars par jour, soit 1 000 \$ chaque minute (en dollars de 1992), pour les 200 enfants et jeunes les plus à risque – ceux dont les services offerts par plusieurs ministères coûtaient le plus cher. Cette analyse laissait également l'impression que les résultats pour les jeunes les plus vulnérables pouvaient être améliorés et que les 200 jeunes ne représentaient qu'une partie des jeunes dans le besoin.

En 2000, le gouvernement provincial a mis en place de nouvelles infrastructures, notamment la stratégie Enfants en santé Manitoba, visant la prévention et l'intervention rapide interministérielles et fondées sur des données probantes chez les enfants et les jeunes. Elle comprenait également une évaluation longitudinale des résultats des divers secteurs (p. ex. santé, éducation, services sociaux, justice) et moments de la vie (de la période prénatale à l'âge de 18 ans). Ces infrastructures ont mené à la création de nouvelles ressources visant l'établissement et le renforcement de coalitions régionales parents-enfants ainsi qu'à la mise en place du Comité consultatif provincial d'Enfants en santé indépendant, qui représente les principaux intervenants de la province travaillant auprès des enfants.

En 2007, l'Assemblée législative du Manitoba a proclamé ces structures, processus et ressources fondamentaux dans la *Loi sur la stratégie « Enfants en santé Manitoba »*, qui prévoyait de nouvelles dispositions précises visant la collecte et la mise en commun horizontales de données (tout en répondant aux normes les plus rigoureuses en matière de protection des renseignements personnels) aux fins de planification, de surveillance et d'évaluation. Cette loi exigeait aussi que le gouvernement publie régulièrement un rapport sur l'amélioration des résultats pour les enfants et les jeunes.

Voici quelques-uns des changements importants apportés depuis la mise en œuvre de la stratégie Enfants en santé Manitoba :

- disponibilité de données sur l'ensemble des enfants et des jeunes pouvant être suivies tout au long de la vie pour permettre l'évaluation du progrès et l'amélioration des investissements;
- mise en œuvre dans l'ensemble de la province de plusieurs interventions de prévention fondées sur des données probantes et reconnues sur la scène internationale;
- évaluation rigoureuse de plusieurs programmes canadiens, notamment des essais cliniques randomisés ayant montré une incidence mesurable sur la santé et le bien-être des jeunes;
- collaboration de 10 ministres, de députés et de ministères partenaires dans le cadre de la stratégie enfants en santé Manitoba.

Bien qu'il reste beaucoup à faire, le Manitoba s'est doté des lois nécessaires pour assurer la continuité des éléments essentiels de sa stratégie advenant une crise économique, un remaniement ministériel ou un changement de gouvernement. La province dispose également de structures et de processus collaboratifs intersectoriels pouvant stimuler la participation communautaire, renforcer les partenariats et accélérer la prise de décisions. Elle se trouve en bonne position pour trouver, financer, mettre à l'essai, évaluer et adapter rapidement les pratiques exemplaires issues de connaissances scientifiques et communautaires en vue de profiter des possibilités de favoriser le développement optimal des enfants et des jeunes.

Pour en savoir plus sur la stratégie, veuillez communiquer avec :

Jan Sanderson
Sous-ministre des Enfants et des Perspectives pour la jeunesse
Directrice générale du Bureau d'Enfants en santé Manitoba
Secrétaire du Comité ministériel pour Enfants en santé
204-945-6707
jan.sanderson@leg.gov.mb.ca



Rob Santos, Ph. D.
Secrétaire associé du Comité ministériel pour Enfants en santé
204-945-8670
rob.santos@gov.mb.ca

Initiative canadienne de collaboration en santé mentale

L'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale (ICCSM) est un consortium réunissant 12 organismes en santé et en santé mentale représentant des services communautaires, des consommateurs, des familles, des aidants naturels, des groupes d'entraide, des diététistes, des médecins, des infirmières, des ergothérapeutes, des pharmaciens, des psychologues, des psychiatres et des travailleurs sociaux. Ces 12 organismes nationaux souhaitent travailler de concert en vue d'améliorer les relations et la collaboration entre fournisseurs de soins de santé, clients, familles et aidants naturels. Ils cherchent à améliorer l'accès des clients aux services de prévention, de promotion de la santé, de traitement et d'intervention ainsi que de réadaptation en milieu de soins primaires.

L'ICCSM a obtenu dans le cadre du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires une subvention de deux ans (se terminant en 2006) qui lui a permis de publier 10 articles de recherche fondés sur des données probantes, dont *Meilleures pratiques pour des soins de santé mentale axés sur la collaboration : Une analyse des données existantes* et une série de trousse d'outils. Elle a développé un argumentaire pour l'amélioration des soins de santé mentale en milieu de soins primaires par la collaboration interdisciplinaire, notamment entre fournisseurs de soins de santé, consommateurs et personnes soignantes. L'ICCSM, par l'intermédiaire de ses membres, a fait connaître les avantages de la collaboration en santé mentale et a bâti des communautés d'intérêts durables qui se sont engagées à poursuivre les efforts d'amélioration des soins de santé mentale.

La phase 2 de l'ICCSM a été financée par Santé Canada, qui souhaitait ainsi assurer aux Canadiens atteints de troubles mentaux et à leurs fournisseurs de services un accès aux connaissances générées et à leurs avantages. Au terme d'un processus de consultation, le comité directeur de l'ICCSM a établi que le meilleur moyen de promouvoir l'adoption des principes et pratiques de soins en collaboration était de créer des équipes provinciales ciblées. L'équipe du projet de l'ICCSM a donc choisi en collaboration avec ses membres fondateurs des champions et des meneurs potentiels en matière de santé mentale et les a réunis pour mettre à l'essai et peaufiner les connaissances générées à la phase 1. À l'aide de trois sites pilotes, l'ICCSM a confirmé l'utilité et la pertinence des nouvelles trousse d'outils et a acquis une meilleure compréhension des possibilités et des obstacles relatifs à l'élaboration de pratiques de soins en collaboration aux échelles provinciale et régionale. Ces résultats ont ensuite été résumés dans un rapport de consultation.

Pour en savoir plus sur ce projet, veuillez consulter le site de l'initiative à l'adresse suivante :

http://www.ccmhi.ca/fr/products/series_of_papers.html

Groupe de collaboration en matière d'information sur la santé mentale et la toxicomanie

Le Groupe de collaboration en matière d'information sur la santé mentale et la toxicomanie (GCISMT) est un consortium d'organisations nationales voué à l'harmonisation des pratiques collaboratives des particuliers et des organisations œuvrant dans les domaines de la santé mentale et de la toxicomanie. Le GCISMT comprend Statistique Canada, l'Agence de la santé publique du Canada, Santé Canada, la Commission de la santé mentale du Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé, le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies et les Instituts de recherche en santé du Canada, tous travaillant ensemble dans le but d'améliorer l'information sur la santé mentale, la maladie mentale et la consommation. La diversité de l'expertise des membres du



GCISMT offre une occasion unique d'accéder aux informations et aux données les plus récentes et les plus pertinentes sur les toxicomanies et la santé mentale au Canada.

Les objectifs du GCISMT sont les suivants :

1. Offrir un forum permettant d'harmoniser les initiatives visant à améliorer les renseignements sur la santé mentale et les toxicomanies au Canada;
2. Cerner les occasions de réaliser cet objectif et en faciliter l'atteinte en intégrant et en améliorant les sources de données actuelles et en créant de nouvelles ressources aptes à combler les lacunes en matière d'information sur la santé mentale et les toxicomanies;
3. Offrir aux membres des occasions de considérer et de discuter les initiatives actuelles et éventuelles d'information sur la santé mentale et les toxicomanies en tant que groupe consultatif de référence;
4. Offrir une mise à jour sur les systèmes provinciaux, territoriaux et régionaux de production de rapports et sur les occasions et les défis en matière de collecte de données, d'indicateurs, de normes relatives aux données, de soumission de données, de qualité des données et de production de rapports;
5. Permettre aux membres particuliers de représenter leurs organisations respectives et d'échanger sur les intérêts, les initiatives et les objectifs de celles-ci en ce qui a trait à la santé mentale et aux toxicomanies;
6. Formuler des recommandations et offrir des conseils aux cadres supérieurs des organisations membres.

Le Groupe joue un rôle actif dans des projets visant à améliorer les données sur la santé mentale, la maladie mentale et la consommation et occupe une place unique lui permettant de créer et de disséminer des produits de collaboration.

Pour en savoir davantage, veuillez communiquer avec :

La Commission de la santé mentale du Canada
www.commissionsantementale.ca/

Le Youth System Innovation Group

Le Youth System Innovation Group (YSIG) au Centre de toxicomanie et de santé mentale est une équipe de recherche qui dirige un certain nombre de projets visant à améliorer le système de services pour les jeunes. Le YSIG a élaboré une stratégie factuelle de mobilisation des jeunes qui souligne l'importance du partage de connaissances, de la collaboration, de la mobilisation des jeunes et des initiatives menées par des pairs pour aborder les approches pratiques et structurées destinées à susciter et maintenir la mobilisation des jeunes à tous les niveaux du travail en santé mentale et en toxicomanie des jeunes. Cette stratégie visait les objectifs suivants :

- Éclairer et améliorer les recherches et les initiatives relatives aux pratiques exemplaires pour le YSIG et les autres groupes de travail;
- Permettre de poursuivre des projets d'amélioration de services menés par les pairs;
- Accroître la coordination et la collaboration entre la communauté et le client, d'une part, et le fournisseur d'autre part;
- Veiller à la disponibilité d'occasions de développement des compétences et d'autonomisation des jeunes.



Le YSIG participe à un certain nombre d'initiatives axées sur les troubles concomitants chez les jeunes et les soins sensibles aux traumatismes. Ces initiatives comprennent des recherches cliniques et communautaires, ainsi que des initiatives de mobilisation des intervenants. Le YSIG a recensé les thèmes communs dans les ouvrages récents dans le but de se doter d'outils pour évaluer la réussite de ses activités de mobilisation et ainsi éclairer sa stratégie. Le modèle de mobilisation des jeunes du YSIG illustre bien un cadre permettant de comprendre et de promouvoir les diverses voies de mobilisation et de souligner le besoin d'intégrer une mobilisation créative des jeunes à tous les niveaux du travail en santé mentale et sur la consommation des jeunes.

Par exemple, l'étude des Youth Addictions and Concurrent Disorders Services (YACDS) cherche à évaluer les mesures d'évaluation dont se servent les YACDS, particulièrement en ce qui a trait à la participation au traitement. Les conclusions de cette étude permettront aux YACDS d'affiner et d'améliorer leurs évaluations des jeunes cherchant à obtenir des services et leur compréhension des toxicomanies et des problèmes de santé mentale concomitants des jeunes.

Pour en savoir davantage sur ce projet, veuillez communiquer avec :

Gloria Chaim, M.S.S., T.S.A.
Directrice clinique adjointe
Programme pour les enfants, les jeunes et leur famille
Centre de toxicomanie et de santé mentale
416-535-8501, poste 36756
gloria.chaim@camh.ca

Dr Joanna Henderson
Clinicienne-chercheuse
Programme pour les enfants, les jeunes et leur famille
Centre de toxicomanie et de santé mentale
416-535-8501, poste 34959
joanna.henderson@camh.ca

Ressources – Participation et établissement de relations

- Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. *Manuel d'Approche systémique : Valoriser les gens qui ont une expérience pertinente*, Ottawa (Ont.), Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2013. Consulté à l'adresse : <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/nts-systems-approach-lived-experience-2013-fr.pdf>
- Centre for Patient Leadership et FPM. *Bring it on – 40 ways to support Patient Leadership* (en ligne), 2013. Consulté à l'adresse : <http://centreforpatientleadership.com/wp-content/uploads/2013/04/Bring-it-on-40-ways-to-support-Patient-Leadership-FINAL-V-APRIL-2013.pdf>
- Cheng, R., et C. Smith. *Engaging People with Lived Experience For Better Health Outcomes: Collaboration with Mental Health and Addiction Service Users In Research, Policy, and Treatment* (en ligne), 2009. Consulté à l'adresse : <http://canadianharmreduction.com/sites/default/files/Engaging%20PWLE%20-%20July%207%202009.pdf>
- MacCourt P., et Comité consultatif sur les aidants membres de la famille, Commission de la santé mentale du Canada, Directives pancanadiennes en faveur d'un système de prestation de services pour les proches aidants d'adultes ayant une maladie mentale, Calgary (Alb.), Commission de la santé mentale du Canada, 2013. Consulté à l'adresse : <http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/node/8606/>



- Craven, M., et R. Bland. « Meilleures pratiques pour des soins de santé mentale axés sur la collaboration : Une analyse des données existantes », *La Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 51 (6 suppl.), 2006, p. 7S–72S.
- Government of Western Australia. *Supporting Consumer, Family and Carer Engagement Policy and Guidelines* (en ligne), 2013. Consulté à l'adresse : http://www.mentalhealth.wa.gov.au/Libraries/pdf_docs/Supporting_C_F_C_Engagement_-_Approved_Policy2.sflb.ashx
- L'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale propose une série de trousseaux d'outils à l'intention des consommateurs, des familles, des personnes soignantes, des fournisseurs de services, des planificateurs et des formateurs sur les soins en collaboration et le rôle actif que peuvent jouer les consommateurs dans la prévention et les soins. Elles peuvent être consultées à l'adresse : <http://www.ccmhi.ca/fr/products/toolkits.html>
- Social Planning, Policy and Program Administration, Regional Municipality of Waterloo. *Lived Experience as Expertise: Considerations in the Development of Advisory Groups of People with Lived Experience of Homelessness and/or Poverty* (en ligne), 2012. Consulté à l'adresse : http://www.socialservices.regionofwaterloo.ca/en/communityProgramsSupports/resources/DOCS_ADMIN-1170203-v1-PROMISING_PRACTICE_MANUAL_FINAL_-_PDF.pdf

Dépistage et évaluation

Comme nous l'avons expliqué précédemment, il est largement reconnu que seule une petite minorité des personnes aux prises avec des problèmes de toxicomanie et de santé mentale consultent des services spécialisés. La majorité des personnes qui demandent de l'aide s'adressent plutôt à des services communautaires; par exemple, des fournisseurs de soins de santé primaires ou d'autres professionnels de la santé et des services sociaux. En outre, bien que ces clients soient en contact avec divers fournisseurs de services, il arrive souvent que ceux-ci ne dressent pas un portrait exact de leurs risques et problèmes en matière de consommation et de santé mentale, entre autres la toxicomanie (Barnaby, Drummond, McCloud, Burns et Omu, 2003; Weaver et coll., 2003; Mitchell, Meader, Bird et Rizzo, 2012). Ces consultations deviennent alors des occasions manquées d'offrir des conseils professionnels, des consultations approfondies et de l'aiguillage en vue d'un soutien supplémentaire, ainsi que de prévenir les problèmes futurs, ce qui est particulièrement important pour les enfants et les jeunes, les problèmes de santé mentale laissant souvent présager un risque élevé de consommation et de toxicomanie à l'adolescence et au début de la vie adulte (Adair, 2009).

Compte tenu de ces réalités, le réseau de prestation des services devra ratisser beaucoup plus large que le secteur des services spécialisés en toxicomanie et en santé mentale (Institute of Medicine, 2006; Babor, Stenius et Romelsjo, 2008; Ivbijaro, éd., 2012; Kates et coll., 2011). Les professionnels de services communautaires – par exemple, au sein d'établissements de soins primaires, d'hôpitaux, de services sociaux, d'écoles et de milieux liés au système judiciaire – doivent également interroger leurs patients de façon proactive sur la consommation, la toxicomanie et la santé mentale.

Chez les personnes présentant un risque faible à modéré ou atteintes de problèmes légers de toxicomanie et de santé mentale, un dépistage proactif et opportun et une intervention rapide sur place peuvent permettre de réduire les risques et les méfaits et avoir un impact positif sur les résultats liés à la santé. Chez celles qui présentent un risque élevé ou qui sont atteintes de problèmes graves et complexes, un dépistage opportun peut permettre d'ouvrir la voie vers une évaluation plus complète, un traitement adapté et de meilleurs résultats pour la santé. Enfin, chez les personnes atteintes de troubles cooccurrents de toxicomanie et de santé mentale, le dépistage



systematique peut permettre de repérer un vaste éventail de problèmes non déterminés pouvant avoir un impact sur l'engagement à l'égard du traitement et sur son issue (p. ex. risques pour la santé, pensées suicidaires, problèmes de santé chroniques, problèmes psychosociaux). Ces mesures devraient également permettre des économies pour les systèmes de santé, de services sociaux et de justice pénale.

Au moment de choisir et de mettre en œuvre des outils de dépistage, il est essentiel de porter une attention particulière à leurs qualités psychométriques, comme la sensibilité (capacité de détecter les personnes présentant la condition à l'étude, par exemple la dépression) et la spécificité (capacité de détecter les personnes ne présentant pas la condition). Il est particulièrement important que le taux de faux positif soit faible, vu les ressources supplémentaires qu'exigent l'évaluation complète et la planification du traitement. Des études récentes sur le dépistage et l'évaluation recommandent l'adoption d'une approche progressive, qui pourra aider à choisir des outils ayant un taux de faux positifs minimal dans une population donnée (p. ex. clients se présentant dans des services en toxicomanie, dans des services de soins primaires). Dans une approche progressive, l'objectif est de commencer par ratisser large (sensibilité élevée) au moyen d'un outil de dépistage rapide, pour ensuite appliquer de façon ciblée un deuxième outil de dépistage plus détaillé visant à détecter des maladies ou des problèmes précis, mais produisant un faible nombre de faux positifs. Cette approche assure une bonne utilisation des ressources lors des évaluations ultérieures.

Le dépistage et l'évaluation doivent être vus comme un processus se poursuivant au fil du temps à mesure que des renseignements supplémentaires sont partagés et les relations thérapeutiques renforcées. Il est particulièrement important de privilégier une démarche collaborative longitudinale à l'égard de l'évaluation des troubles cooccurrents complexes (Kranzler, Kadden, Babor et Rounsaville, 1994), vu la nécessité d'élucider la séquence étiologique; par exemple, des symptômes dépressifs provoqués par une forte consommation d'alcool (Santé Canada, 2002). Dans une démarche de dépistage et d'évaluation collaborative, l'échange de renseignements entre fournisseurs de services est également indispensable.

Idéalement, une personne devrait subir un dépistage à son premier point de contact avec le système, peu importe le niveau de soins, la discipline ou le secteur (voir le modèle de soins par paliers ou le modèle à niveaux). Les fournisseurs de services de tous les secteurs doivent posséder les connaissances, les compétences et les aptitudes nécessaires pour mettre en œuvre les processus de dépistage appropriés. Ils doivent également disposer d'outils employables dans leur milieu permettant de cerner les besoins des clients et de formuler des recommandations de dépistage, d'évaluation, de traitement et de soutien, dont les résultats pourront être transmis à d'autres fournisseurs. Les modèles de soins en collaboration permettent à divers fournisseurs de services, professionnels et intervenants de mettre leurs forces et leurs capacités en commun pour construire un système dans lequel les patients subissent un dépistage et profitent d'un accès fluide à la gamme complète de services et de soutien (Rush, sous presse).

Ces modèles peuvent requérir la participation de fournisseurs de services et de professionnels spécialisés en toxicomanie et en santé mentale ainsi que de médecins en soins primaires, d'agents de probation, de conseillers en orientation, etc. Cet éventail souligne la diversité de milieux et de contextes pouvant influencer le choix d'outils de dépistage et d'évaluation ainsi que les besoins connexes en matière de consultation et de formation. Pour que les processus de dépistage soient utiles et efficaces, ils doivent être liés à des protocoles d'intervention pleinement articulés décrivant les mesures à prendre en cas de résultat positif, y compris des recommandations en matière de dépistage et d'évaluation approfondis, ainsi que des directives pour des consultations de suivi et d'aiguillage. Les protocoles d'intervention peuvent également comprendre un guide de ressources d'aiguillage adapté à la collectivité locale. Dans les modèles de collaboration, chaque fournisseur doit bien comprendre son rôle dans le dépistage et l'évaluation, notamment en ce qui a trait aux protocoles d'intervention, pour que les clients reçoivent rapidement des soins de la personne la plus compétente. Les participants du



Forum ont fortement insisté sur cet élément, qui est essentiel à l'établissement d'un cheminement clinique pour les personnes ayant un profil de besoins et de forces particulier.

Modèles de collaboration visant l'amélioration du dépistage et de l'évaluation

Soins en collaboration grâce au traitement et au soutien intégrés

Les taux élevés de comorbidité observés chez les personnes faisant appel à des services en toxicomanie ou en santé mentale sont bien connus (Chan et coll., 2008; Rush et Koegl, 2008; Virgo, Bennett, Higgins, Bennett et Thomas, 2001). C'est pourquoi il est important d'améliorer la capacité des programmes de santé mentale à dépister et à évaluer les problèmes de consommation et de toxicomanie, et inversement. Le dépistage, effectué dans le cadre de services de soins primaires, de services en toxicomanie ou en santé mentale, ou d'autres types de services, doit être suivi d'une évaluation plus complète, comme le prévoit l'approche progressive. Cette dernière relie le dépistage, l'évaluation et le suivi des résultats avec un ensemble d'outils et de processus de prise de décision connexes tenant compte du développement et de la diversité, et permettant un accès ainsi qu'une évaluation et un traitement subséquent justes et équitables.

Le cadre de l'approche progressive aide à choisir les bons outils et à les mettre en œuvre au bon moment, chez les bonnes personnes. Il se peut que le choix et la mise en œuvre des outils demandent la participation de professionnels et de disciplines supplémentaires pour permettre la réalisation d'une analyse complète rendant compte des aspects biologique, psychologique, social et spirituel ainsi que d'une intervention adaptée. Ces soutiens peuvent faire partie du service ou de l'organisme où le dépistage initial a été effectué, ou être externes. Un aiguillage vers un traitement et un soutien intégrés complémentaires (regroupés ou dans le cadre d'une entente de services) pourrait également être nécessaire selon la gravité et la complexité des problèmes de la personne ainsi que sa situation globale.

Collaboration intersectorielle dans le dépistage et l'intervention

Les milieux de soins non spécialisés peuvent effectuer le dépistage des problèmes de consommation et de toxicomanie dans le cadre d'une démarche officielle suivant le modèle Dépistage, intervention rapide et orientation. Une telle démarche peut englober une entente de collaboration visant l'offre d'interventions et de traitements rapides ou encore de traitements plus poussés en fonction des résultats du dépistage (Babor et coll., 2007). Les démarches suivant ce modèle mettent l'accent sur le rôle du médecin de famille ou de tout autre professionnel des soins primaires en tant que premier point de contact capable de détecter les problèmes et de commencer le traitement. Ce premier contact peut également être effectué par des spécialistes en toxicomanie travaillant dans des milieux de soins généraux. Tout semble indiquer que cette approche est efficace pour repérer les personnes à risque, offrir des conseils brefs, mais pertinents, et éventuellement mettre les personnes en relation avec des services pouvant offrir une évaluation ou un traitement plus poussés (Kaner et coll., 2009; McQueen, Howe, Allan, Mains et Hardy, 2011; Madras et coll., 2009). En outre, des données probantes de plus en plus nombreuses sur l'efficacité de ces démarches dans différents contextes chez les adolescents semblent indiquer un impact positif (Mitchell, Gryczynski, O'Grady et Schwartz, 2013). Au Canada, cette pratique est maintenant intégrée formellement dans le protocole de dépistage, d'intervention rapide et d'orientation du Collège des médecins de famille du Canada, qui s'appuie sur les directives de consommation d'alcool à faible risque publiées précédemment (Butt, Beirness, Gliksman, Paradis et Stockwell, 2011; Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2007, 2012).

Le dépistage peut également être réalisé dans un cadre de collaboration élargi comprenant des fournisseurs de divers secteurs offrant différents niveaux et types de soins et travaillant de concert à la



mise en œuvre d'un outil de dépistage, de règles de décision et d'un protocole d'orientation communs. Le protocole en question peut prévoir des recommandations de dépistage, d'évaluation, de traitement rapide et de soutien plus poussés, ou encore un aiguillage vers d'autres services offrant des interventions supplémentaires. Dans un tel cadre, les fournisseurs de différents milieux sont formés pour effectuer le dépistage et intervenir plutôt que déléguer la tâche à des « spécialistes » en toxicomanie.

Collaboration entre spécialistes en toxicomanie et en santé mentale dans des milieux de soins généraux

Le dépistage et l'évaluation peuvent également être réalisés dans des milieux de soins communautaires généraux par des « spécialistes » en toxicomanie ou en santé mentale internes, ou encore par des fournisseurs de services spécialisés regroupés dans les mêmes locaux. Par exemple, on trouve des infirmières de liaison en toxicomanie et en santé mentale au sein de certains services d'urgence ou hôpitaux (D'Onofrio et Degutis, 2010; Sharrock, Grigg, Happell, Keeble-Devlin et Jennings, 2006; Yakimo, Kurlowicz et Murray, 2004) ainsi que des travailleurs en toxicomanie et en santé mentale dans certaines écoles (Costello-Wells, McFarland, Reed et Walton, 2003; Wei, Kutcher et Szumilas, 2011). Les spécialistes déployés dans des milieux de soins généraux offrent des services importants à des clients qui pourraient ne pas avoir accès à de telles ressources autrement. De plus, ce regroupement favorise grandement les activités de renforcement des capacités chez le personnel de l'hôpital, de l'école ou de l'organisme, dont la consultation et la planification des soins en collaboration pour un patient, une formation formelle et informelle en toxicomanie et en santé mentale, ainsi que le repérage et la gestion de multiples besoins connexes.

L'adoption d'une approche de dépistage et d'évaluation collaborative demande un respect mutuel des contributions uniques que peut apporter chaque professionnel dans le cadre d'une approche centrée sur le client. Malgré le caractère unique des diverses perspectives, on note quelques principes communs :

- perspective holistique relativement aux forces, aux besoins et aux variables contextuelles;
- sensibilité à la diversité et aux questions d'équité connexes;
- accent important mis sur la création d'une interface thérapeutique invitante axée sur la motivation;
- adoption d'une approche fondée sur des données probantes utilisant des outils solides sur le plan psychométrique;
- prise en compte de renseignements personnels et accessoires.

Le contexte du dépistage doit être choisi avec soin, et son rôle et son objectif doivent être bien compris et s'inscrire dans le cadre du mandat et des objectifs de l'organisme. Par ailleurs, la mise en œuvre du dépistage et des protocoles connexes doit être appuyée par un cadre de politiques favorable, et les compétences professionnelles requises et la structure du programme doivent s'inscrire dans des protocoles clairs indiquant où, quand et comment le dépistage sera effectué, et précisant les modalités d'utilisation des renseignements recueillis. Les employés responsables des outils doivent être formés pour présenter, utiliser, évaluer et expliquer ces instruments ainsi que pour prendre les mesures nécessaires en fonction des résultats. Ces renseignements doivent être transmis de façon claire aux clients pour qu'ils comprennent ce que peut leur apporter le dépistage.

Dans le cadre de modèles de collaboration regroupant un continuum de services d'un ou de plusieurs secteurs, il est essentiel de bien définir les rôles des partenaires, de sorte que tous connaissent la population cible, le lieu du dépistage (qu'on parle de simples questions normalisées ou d'outils formels), les responsables des différents éléments du protocole, la méthode de transmission des résultats et les destinataires ainsi que les aiguillages possibles.

Un certain nombre de risques potentiels propres aux patients et au milieu de soins doivent également être pris en compte, notamment les risques de stigmatisation associée à l'identification



et à l'étiquetage, d'exclusion sociale, de réduction des possibilités et de gaspillage de ressources de traitement limitées pour traiter des faux positifs. Les risques associés à l'identification peuvent s'avérer plus graves pour certaines personnes; en effet, certains programmes d'emploi, écoles, refuges, fournisseurs de logement, services de santé mentale en établissement, établissements de soins de longue durée, familles, communautés et groupes ethnoculturels pourraient imposer des sanctions sévères aux gens étiquetés en tant que consommateurs. Les commentaires des personnes ayant une expérience vécue et de leurs familles peuvent s'avérer extrêmement précieux pour retracer leur parcours et repérer les failles du système actuel.

Exemples – Dépistage et évaluation

Projet national de dépistage chez les jeunes

La première phase du National Youth Screening Project [projet national de dépistage chez les jeunes], Rehausser les pratiques thérapeutiques factuelles axées sur les jeunes par la collaboration intersectorielle, misait sur la collaboration de réseaux intersectoriels d'organismes œuvrant auprès des jeunes de 10 communautés dans cinq provinces et deux territoires du Canada. Chaque réseau comprenait la représentation d'au moins quatre secteurs, y compris la consommation, la santé mentale, la santé, la justice, la protection de l'enfance, l'éducation, le logement, l'approche et le soutien. Les fournisseurs de services ont participé à diverses d'activités :

- renforcement de la capacité en matière de troubles cooccurrents;
- mise en œuvre d'un outil de dépistage commun (GAIN-SS) pour une durée de six mois auprès des jeunes faisant appel à leurs services;
- application d'un protocole de pratique clinique et de recherche, y compris l'utilisation de l'outil de dépistage aux fins de pratique et de recherche;
- mise en œuvre d'un protocole d'intervention convenu entre l'organisme et le réseau;
- élaboration de guides dressant la liste des ressources locales d'aiguillage de consultation et de suivi;
- évaluation avant et après le projet afin de mesurer les connaissances, les attitudes et les pratiques des fournisseurs de services dans la gestion des problèmes de consommation et de santé mentale et des troubles concomitants;
- formulation de commentaires sur l'outil de dépistage et son utilisation dans leurs contextes particuliers.

Les résultats du projet ont révélé des détails sur les préoccupations liées à la consommation et à la santé mentale des jeunes participants, ainsi que des commentaires indiquant que la plupart des fournisseurs de services trouvaient que l'outil de dépistage commun était utile et applicable dans le cadre de leur travail, avait un impact sur les décisions de traitement et facilitait l'aiguillage. Dans l'ensemble, la mise en œuvre d'une nouvelle pratique – ici un outil de dépistage – dans un contexte d'initiative de collaboration bénéficiant d'un certain appui a favorisé l'adoption de cette pratique et a jeté les bases de l'établissement de relations de collaboration. Enfin, un certain nombre de participants ont indiqué que l'outil était toujours utilisé et qu'ils étaient toujours en relation avec des partenaires du projet autres que les agences et les communautés d'essai. Dans certains cas, il a été décidé de rendre obligatoire l'application de l'outil à l'échelle provinciale.

Chaque projet communautaire a formulé un ensemble de recommandations en fonction des conclusions de la première phase à l'échelle locale et bon nombre de ces recommandations portaient sur des thèmes communs, notamment le besoin de services sexospécifiques ou d'améliorations à ces



services, de services sensibles au développement, de capacité à cerner et aborder les préoccupations reliées au suicide et d'occasions de renforcement des capacités permettant aux fournisseurs de services de cerner et d'aborder les problèmes de consommation et de santé mentale concomitants à travers plusieurs secteurs.

La seconde phase du projet national de dépistage chez les jeunes comprenait une diffusion à grande échelle des conclusions de chacune des communautés ayant participé à la première phase aux niveaux local, provincial, territorial et national. La seconde phase a aussi permis de tenir des consultations avec les jeunes, les membres de leurs familles, les fournisseurs de services, les dirigeants d'organismes et les responsables de politiques afin de comprendre les conclusions locales et de formuler de nouvelles recommandations en fonction des besoins et du contexte locaux. Ces consultations ont eu lieu dans cinq collectivités du pays et on en a dégagé des thèmes communs :

- **Disponibilité** : Bien qu'on estimait que certains services étaient excellents et disponibles, chaque communauté a recensé d'importantes lacunes quant à la disponibilité.
- **Sensibilisation** : Les intervenants ont noté que les personnes qui ont besoin de services en santé mentale et en toxicomanie et les fournisseurs de ces services n'y sont pas sensibilisés.
- **Transport** : Le transport a été reconnu comme obstacle important à l'accès aux services et il a une incidence considérable sur la protection de la vie privée et la confidentialité pour les jeunes.
- **Coût** : Bien que la plupart des services sont offerts sans frais, on a signalé certains cas où les jeunes devaient obtenir d'un spécialiste un diagnostic et un traitement pour lequel ils devaient verser des frais;
- **Heures** : Il y avait un besoin manifeste pour des services à l'extérieur des heures normales.

Selon les conclusions des consultations communautaires, les prochaines étapes pour le projet national de dépistage chez les jeunes sont de continuer de renforcer la capacité de dépistage chez les jeunes et de soins sensibles au développement en collaboration avec les cinq communautés à l'échelle du Canada.

Pour en savoir plus sur ce projet, veuillez communiquer avec :

Gloria Chaim, M.S.S., T.S.A.
Directrice clinique adjointe
Programme pour les enfants, les jeunes et leur famille
Centre de toxicomanie et de santé mentale
416-535-8501, poste 36756
gloria.chaim@camh.ca

Joanna Henderson, Ph. D.
Clinicienne-chercheuse
Programme pour les enfants, les jeunes et leur famille
Centre de toxicomanie et de santé mentale
416-535-8501, poste 34959
joanna.henderson@camh.ca

Projet de démonstration du dépistage, de l'intervention rapide et de l'orientation

Le ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse (MSMNE) a lancé, en 2015, un projet d'adoption et de soutien d'une initiative de dépistage, d'intervention rapide et d'orientation



destinée à aborder la consommation et les troubles de santé mentale des femmes enceintes et des nouvelles mères dans un environnement de soins primaires collaboratifs.

Ce projet est en cours de mise à l'essai dans deux installations de soins primaires de la Nouvelle-Écosse, soit la Spryfield Family Medicine Clinic et la Mumford Family Medicine Clinic, et il adopte une approche unique en ce qu'il fait appel au dépistage, à l'intervention rapide et à l'orientation en matière de santé mentale et de consommation et qu'il cible les femmes enceintes et les nouvelles mères.

Le projet comprend les objectifs suivants :

- Offrir une formation pour les techniques dont peuvent se servir les fournisseurs de soins pour mettre l'approche de dépistage, d'intervention rapide et d'orientation en œuvre auprès des femmes enceintes et des nouvelles mères;
- Vérifier la faisabilité et l'applicabilité de l'approche du dépistage, de l'intervention rapide et de l'orientation pour le dépistage, l'évaluation, l'intervention rapide et l'aiguillage des préoccupations en matière de consommation et de santé mentale chez les femmes enceintes et les nouvelles mères;
- Faciliter les solutions factuelles, empathiques et globales pour la gestion de la consommation et des troubles de santé mentale chez les femmes enceintes et les nouvelles mères;
- Évaluer la coordination du projet, l'amélioration de la compréhension et de la mise en œuvre de l'approche de dépistage, d'intervention rapide et d'orientation et le renforcement des capacités chez les fournisseurs de soins.

Quatre séances de formation portant sur des entrevues motivationnelles ont été offertes aux fournisseurs de soins primaires et résidents et le projet a été lancé en septembre 2015. Le MSMNE effectue aussi une évaluation en cours d'exécution du projet et, par conséquent, chaque séance a été modifiée en fonction des leçons retenues des séances précédentes.

Pour en savoir davantage sur ce projet, veuillez communiquer avec :

Wanda McDonald, gestionnaire
Services de toxicomanie
Section de la santé mentale, des Services à l'enfance et des Dépendances
Ministère de la Santé et du Bien-être
1 (902) 424-4368
Wanda.mcdonald@novascotia.ca

Infirmières de liaison en dépendance dans les urgences de Québec

Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec s'est dit préoccupé au sujet de la surutilisation des services d'urgence par les personnes atteintes de problèmes de consommation dans de nombreuses régions, notamment celles de la Capitale-Nationale, de la Mauricie, du Centre-du-Québec et de Chaudière-Appalaches. Les centres de traitement de ces régions (Centres de réadaptation en dépendance) ont donc mis sur pied des projets pilotes visant l'implantation d'infirmières de liaison en dépendance (ILD) dans certains services d'urgence. En plus de régler le problème de surutilisation des urgences, cette mesure a permis d'entrer en contact avec des personnes ayant des problèmes de consommation qui avaient recours à des services de soins de santé et qui étaient ouvertes à recevoir des renseignements et des conseils les incitant à demander de l'aide. Cette initiative de collaboration stratégique avait pour objectif explicite de recruter de nouveaux clients n'ayant jamais été traités pour des problèmes de consommation.



Différents organismes de prestation de services ont pris part à l'initiative; l'équipe d'ILD de la région de Québec est citée à titre d'exemple. L'équipe, qui a offert ses services dans trois hôpitaux, comptait six infirmières, deux psychologues, un travailleur social et un psychoéducateur. Les ILD possédaient une expertise et une expérience dans les interventions ciblant les problèmes de consommation. Même si elles étaient employées par le centre de traitement spécialisé, elles passaient la majeure partie de leur temps au service d'urgence de l'hôpital auquel elles étaient affectées. Plus précisément, leur rôle était de :

- recevoir les demandes de services présentées par le personnel de l'hôpital (médecins, psychiatres, infirmières et travailleurs sociaux);
- travailler en collaboration avec l'équipe médicale;
- réaliser des évaluations de patients;
- réaliser de brèves interventions motivationnelles;
- diriger les clients vers le niveau de services approprié du centre de traitement.

Les patients avaient le choix de participer au programme ou non et pouvaient s'en retirer à tout moment. Après l'évaluation par l'ILD, certains patients étaient aiguillés vers le centre de traitement. Ceux qui n'étaient pas prêts à être traités faisaient l'objet d'une brève intervention motivationnelle.

Les résultats d'évaluation pour la région de Québec ont révélé que ce processus avait permis de repérer un très grand nombre de patients atteints de problèmes de consommation, dont la majorité n'avait jamais reçu de traitement (des résultats semblables ont été observés dans d'autres régions). Plus de 75 % des demandes d'évaluation initiale par une ILD ont donné lieu à un aiguillage vers le programme de traitement du Centre de réadaptation en dépendance de Québec; plus de la moitié y ont pris part, dont 80 % n'avaient pas de dossier actif. L'identification et l'aiguillage ont été particulièrement efficaces pour les personnes atteintes de troubles cooccurrents de santé mentale. Cette observation concorde avec les résultats rapportés dans l'ensemble de la littérature sur les initiatives de dépistage et de liaison en toxicomanie dans des milieux de soins de santé. Forte de ces résultats, l'initiative est aujourd'hui en vigueur dans 27 services d'urgence du Québec.

Pour en savoir plus sur ce projet, veuillez communiquer avec :

Joël Tremblay, Ph.D.
Professeur régulier
Département de psychoéducation
Université du Québec à Trois-Rivières/Centre universitaire de Québec
Réseau d'investissement social du Québec (RISQ)
joel.tremblay@uqtr.ca

Ressources – Dépistage et évaluation

- Chaim, G., et J. Henderson. *Innovations in Collaboration : Findings from the GAIN Collaborating Network Project*, Toronto (Ont.), Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2009. Consulté à l'adresse : http://knowledgex.camh.net/reports/clinical/Documents/innovations_in_collaboration2009.pdf
- Henderson, J., et G. Chaim. *National Youth Screening Project: Enhancing Youth-Focused, Evidence-Informed Treatment Practices through Cross-Sectoral Collaboration – National Report*, Toronto (Ont.), Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2013. Consulté à l'adresse : <http://eenet.ca/wp-content/uploads/2013/06/NYSP-Report-FINAL-copy-full-PDF.pdf>



- Réseau canadien des professionnels en toxicomanie et de domaines connexes. *Les principes de base du... dépistage des troubles d'abus de substances et de santé mentale chez les jeunes*, Ottawa (Ont.), Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2012. Consulté à l'adresse : http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/2012_PT_Essentials_of_Screening_Youth_fr.pdf
- Rush, B.R. « Addiction assessment and treatment planning in developing countries », dans N. El-Guebaly, M. Galanter et G. Carra (éds), *Textbook of Addiction Treatment : International Perspectives*, Springer Publishing, sous presse.
- Rush, B.R. « On the screening and assessment of mental disorders among clients seeking help from specialized substance abuse treatment services: An international symposium » (éditorial), *International Journal of Mental Health and Addiction*, vol. 6, 2008, p. 1–6.
- Rush, B.R., et S. Castel. « Screening for mental and substance use disorders », dans D. Cooper (éd.), *Care in Mental Health – Substance Use*, Oxford (Royaume-Uni), Radcliffe Publishing, 2011, p. 89–105.

Traitement et rétablissement

Aborder le traitement et le rétablissement d'un point de vue collaboratif nous rappelle que les services de santé, qu'il s'agisse de soins primaires ou spécialisés, visent un objectif commun : améliorer la santé et la fonction d'une personne dans son ensemble. Et pourtant, la prestation de services est souvent compartimentée, fragmentée et isolée en diverses activités visant chacune un problème précis, sans vue d'ensemble. Le fait d'aborder d'un point de vue intégré et holistique l'aide aux personnes aux prises avec des problèmes de toxicomanie ou de santé mentale ou une combinaison des deux permet d'acquérir une vision plus globale de la maladie, du traitement et du rétablissement, et met en évidence le besoin de collaborer pour favoriser des changements positifs.

Les facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, culturels et spirituels, entre autres, doivent être réunis afin de permettre une meilleure compréhension des problèmes de toxicomanie et de santé mentale (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2002; Santé Canada, 2002). Ces facteurs peuvent être considérés comme des divisions dans lesquelles les soins peuvent être organisés et où le rétablissement est possible. Puisqu'une vue d'ensemble est nécessaire à la compréhension et à la résolution efficaces de ces problèmes, la collaboration est le meilleur moyen de prodiguer l'aide nécessaire. Cela signifie qu'au sein des équipes, il doit y avoir les ressources et l'expertise nécessaires à un traitement efficace. La coordination active et complémentaire des soins à toutes les étapes exige elle aussi l'établissement de liens de collaboration.

De plus en plus, le traitement et le rétablissement sont guidés par deux concepts fondamentaux : les soins doivent être centrés sur le client et axés sur la personne (Corring et Cook, 1999; Stewart, 2001; gouvernement de l'Ontario, 2011). Les soins **centrés sur le client** reposent sur une compréhension adéquate du client, de ses forces et de ses besoins, tandis que les soins **axés sur la personne** mettent l'accent sur le fait que c'est au client (ou au patient) que revient la responsabilité ultime d'orienter ses propres soins. Dans ces deux concepts, on place le client au cœur de la planification du traitement et du soutien et de l'ensemble du processus de soins, ce qui sous-entend que le client est la meilleure personne pour gérer le processus de rétablissement. Les données de recherche suggèrent fortement que les facteurs propres au client sont les déterminants les plus importants du résultat du traitement (Norcross, 2010; Miller, Forchimes et Zweben, 2011).



Le client : au cœur de la collaboration

Si on considère les clients comme des co-créateurs et co-acteurs du processus thérapeutique et comme les auteurs principaux de leur propre histoire de rétablissement, on en arrive à une compréhension du processus d'aide fondamentalement axée sur la collaboration. Avec cette approche, on reconnaît que la capacité de réaliser le potentiel collaboratif du traitement pour chaque client, chaque jour, est une aptitude fondamentale des intervenants. En effet, il semble que la qualité de la participation d'un client soit le déterminant le plus important du résultat du traitement (Bohart et Tallman, 2010). Cette vision dynamique et coproductive de la thérapie s'oppose aux approches traditionnelles dans lesquelles les thérapeutes interviennent et les clients réagissent.

Considérer le client comme un participant actif plutôt qu'un récepteur passif et favoriser sa participation demande un certain doigté, mais rend la thérapie plus efficace (Miller, Forcehimes et Zweben, 2011; Norcross, 2010). C'est autant le client en collaboration avec le thérapeute qui assure la réussite du traitement que l'inverse. Dans ce contexte, l'état de nombreuses personnes dans la plupart des populations atteintes de problèmes de toxicomanie et de santé mentale peut s'améliorer et évoluer sans traitement (Miller et Carrol, édts, 2006). La collaboration a donc pour fonction de renforcer et d'améliorer la capacité du client à prendre en charge personnellement le changement et à mobiliser des ressources sociales pour favoriser son fonctionnement et son rétablissement (Norcross, 2010).

Les activités principales visant à favoriser la collaboration avec les clients sont les suivantes :

- renforcer l'agentivité, les forces et les ressources du client;
- valoriser la capacité du client à changer;
- encourager la participation du client;
- écouter le client et respecter ses expériences et ses points de vue;
- recruter du soutien social;
- s'appuyer sur les commentaires du client afin d'adapter les soins à ses besoins et à ses objectifs.

Les relations de collaboration : un cadre à plusieurs niveaux

Si la collaboration centrale est celle existant entre le client et l'intervenant, l'une des principales fonctions des intervenants est de veiller à établir des relations de collaboration avec les autres personnes qui peuvent contribuer au rétablissement holistique du client. Ces relations doivent exister à plusieurs niveaux :

- au sein du service dans lequel travaille l'intervenant;
- au sein du secteur du service (toxicomanie, santé mentale ou autre);
- entre les services et les secteurs de services;
- au sein de la collectivité du client.

Heureusement, il est possible d'employer des modèles pour faciliter la planification, la mise en œuvre et l'évaluation de relations de collaboration à chacun de ces niveaux. Le modèle de soins des maladies chroniques et le modèle à niveaux sont décrits dans la section *Modèles de collaboration* du présent rapport. Le cheminement clinique intégré, le modèle de soins par paliers et le modèle des quadrants seront présentés dans les sous-sections suivantes.

Cheminement clinique intégré pour les équipes et les services

En ce qui a trait aux collaborations au sein des équipes et des services, le concept de cheminement clinique constitue une façon de s'assurer du respect des normes de base en matière de soins, tout



en laissant la place à des améliorations pour les personnes qui ont besoin d'un soutien accru pour atteindre le résultat pour la santé recherché. Ces modèles, qu'on appelle aussi cheminements cliniques intégrés, décrivent les parcours de soins prévus au cours de périodes prédéterminées et qui sont associés au processus de guérison du patient (Jesseman, Brown et Skinner, 2013; Groupe de travail sur la Stratégie nationale sur le traitement, 2008; Commission de la santé mentale du Canada, 2009). Les membres de l'équipe doivent bien connaître leur rôle et celui des autres membres et accepter de le remplir en collaboration d'une manière explicitement négociée. Bien qu'il puisse y avoir des variations et des améliorations en fonction des commentaires et des évaluations, l'approche de cheminement clinique a pour objectif le respect des normes de base en matière de soins. Cette approche est notamment basée sur le principe que tous les partenaires collaboratifs deviennent « responsables » de leur contribution et s'engagent à travailler dans des cheminements cliniques explicitement collaboratifs. Ces « responsables » ont tous contribué à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation de ces cheminements (Kitchiner et Bundred, 1996; Gilbody et coll., 2006; Schrijvers, Hoorn et Huiskes, 2012).

En définissant des cheminements cliniques collaboratifs et centrés sur le client, il est important :

- d'être précis quant aux objectifs du cheminement clinique collaboratif;
- de définir les fonctions qui doivent être remplies pour permettre au client de progresser dans son cheminement;
- de dresser la liste des membres de l'équipe, et de préciser le rôle et les tâches propres à chacun;
- de déterminer le moment auquel les tâches doivent être réalisées, et dans quel ordre;
- de mettre en place des processus d'examen par l'équipe des tâches complétées, de suivi des progrès réalisés par le client, et d'évaluation continue du plan de soins.

Le modèle de soins par paliers : des relations de collaboration au sein d'un système

Le cheminement clinique en contexte de soins en collaboration permet d'élaborer des algorithmes standards pour des problèmes précis relatifs aux soins de santé. Ces algorithmes devraient répondre aux besoins d'environ 80 % des patients. Approximativement 20 % des clients auront besoin de plus d'aide et de soutien; certains devront même emprunter des cheminements cliniques complètement différents. Le modèle de soins par paliers est une approche pragmatique qui cherche à aider le client à atteindre ses objectifs en lui offrant les soins minimaux nécessaires pour obtenir le résultat désiré, selon les données disponibles. Dans ce modèle, les soins peuvent être soit **intensifiés** (palier supérieur) s'il s'avère qu'après l'évaluation, le client a encore besoin du traitement ou d'un traitement plus approfondi et de soutien pour atteindre ses objectifs, soit **diminués** (palier inférieur) si un traitement et un soutien moins intensifs sont indiqués.

Ce modèle de collaboration nécessite un accès facile à un système flexible capable de s'adapter à une modification de la planification des soins. Par exemple, le plan de traitement d'une personne présentant un profil complexe de problèmes cooccurrents de toxicomanie et de santé mentale comprendrait l'admission dans un programme spécialisé de traitement des troubles concomitants avec hospitalisation, suivie de l'offre d'un soutien après le congé sous forme de soins primaires et de l'inscription à un programme communautaire de traitement de la toxicomanie capable de prendre en charge les troubles concomitants dans une optique de prévention des rechutes.

Dans le cadre de la conception et de la mise en œuvre d'une approche de soins par paliers, il est important de suivre les étapes suivantes :

- recenser les options de soins auxquelles un client est admissible;



- déterminer quelle est l'option recommandée en fonction des données disponibles;
- discuter des options possibles avec le client et des conséquences de chacune;
- respecter le choix du client;
- surveiller les progrès;
- adapter les soins en les prolongeant ou en les intensifiant si l'option choisie au départ ne donne pas les résultats souhaités;
- entreprendre un processus pour terminer cette période de traitement et définir les options qui s'offrent au client pour les prochaines étapes de soins;
- évaluer le parcours de soins en utilisant des mesures sur le client, des mesures parallèles et des mesures objectives des processus et des variables liées aux résultats.

Le modèle des quadrants : relations de collaboration entre les services et systèmes de toxicomanie, de santé mentale et de soins primaires

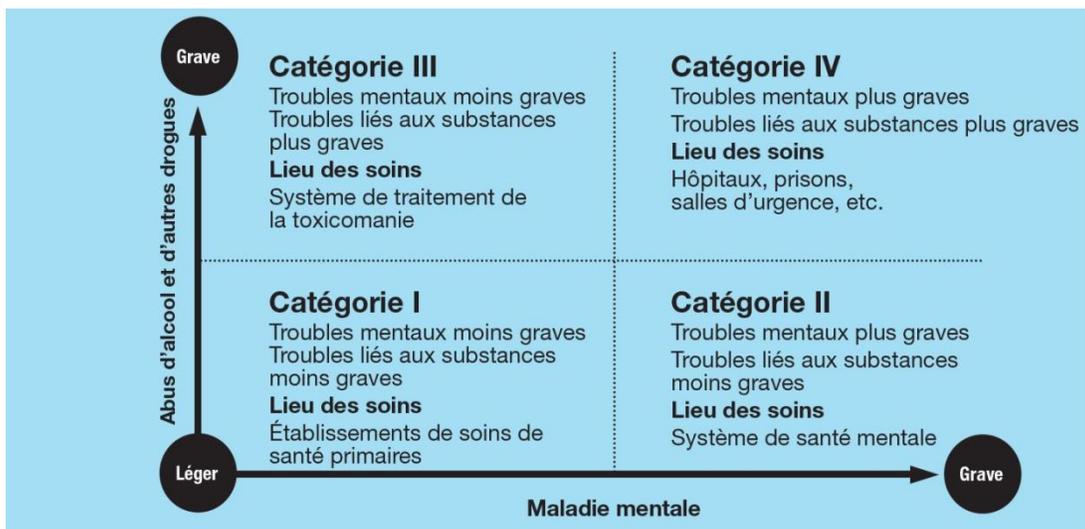
Les clients ayant des besoins complexes sont parmi les plus difficiles à aider dans les systèmes spécialisés qui manquent de moyens d'offrir des soins complets et qui sont mal intégrés aux autres secteurs de service⁵. En réponse à ce problème, la Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), un organisme appartenant au département fédéral de la Santé et des Services sociaux des États-Unis, a proposé le Quadrant Model [modèle des quadrants], une méthode heuristique visant à obtenir des soins plus intégrés et collaboratifs (Center for Substance Abuse Treatment, 2005). Partant du fait que les troubles liés aux substances et les troubles de santé mentale ont chacun leur propre continuum, le modèle présente quatre catégories et assigne la responsabilité des soins correspondante en fonction de la gravité des problèmes (voir la figure 2).

Dans le modèle des quadrants, les clients atteints de troubles liés aux substances et de troubles mentaux légers à modérément graves sont vus dans les milieux de soins primaires et communautaires. Les clients atteints de troubles modérés à graves sont admissibles aux systèmes spécialisés. Lorsque le trouble lié aux substances est le plus grave des deux, le système de traitement de la toxicomanie agit à titre de responsable clinique; lorsque ce sont les troubles mentaux qui constituent le problème le plus grave, c'est le système de traitement de la maladie mentale qui prend l'initiative et établit des relations de collaboration avec les services des autres systèmes, au besoin. Lorsque les deux troubles sont graves, le client peut être traité par une équipe de soins intégrée et multidisciplinaire. Ce modèle aide les services à évaluer leur position dans le continuum de soins et quelles devraient être leurs relations de collaboration avec les systèmes de soins primaires et communautaires, ainsi qu'avec les autres systèmes spécialisés.

⁵ Le modèle de soins des maladies chroniques et le modèle à niveaux sont d'autres modèles utiles favorisant les relations de collaboration entre les secteurs. Ils sont décrits dans la section *Modèles de collaboration*.



Figure 2 : Le modèle des quadrants



Source : Center for Substance Abuse Treatment, 2005

Afin d'établir et de mettre en œuvre des relations de collaboration entre les services et les systèmes, les fournisseurs de services doivent :

- repérer les besoins en matière de soins du client qui vont au-delà des ressources dont disposent les fournisseurs de services;
- repérer les ressources permettant de répondre aux besoins en matière de soins;
- établir des relations de collaboration ponctuelles pour venir en aide aux clients qui ont besoin de soins immédiats;
- négocier des ententes officielles de partenariat pour clarifier les rôles et les responsabilités de chaque service;
- communiquer activement aux intervenants concernés la portée de l'entente de partenariat et les renseignements opérationnels qui en découlent;
- examiner l'efficacité des relations de collaboration, notamment avec les clients, le personnel, les partenaires et les intervenants, en se concentrant sur l'amélioration de la qualité et la défense des droits en fonction des données sur l'efficacité des soins en collaboration;
- assurer un soutien actif à la collaboration à l'échelon de l'administration ou de la gestion, notamment en favorisant la formation conjointe ou mutuelle des fournisseurs entre les services et les secteurs, ainsi que l'élaboration de protocoles à des fins de consultation, d'aiguillage et de partage des soins.

Liens de collaboration : renforcement du capital de rétablissement et du capital communautaire

Le rétablissement est défini de façon différente par chaque personne demandant de l'aide. Le **capital de rétablissement** correspond au « volume de ressources internes et externes qui peuvent être mises à profit pour entamer le processus de rétablissement et le poursuivre » [traduction] – dans le cas de problèmes de consommation d'alcool et d'autres drogues ainsi que de problèmes de santé mentale



(Arah, Klazinga, Delnoij, Asbroek et Custers, 2003). Le capital de rétablissement a des dimensions tant personnelles (santé physique et mentale) que sociales (relations humaines et ressources matérielles) qui peuvent être mises à contribution à l'échelle de l'individu, de la famille ou de la communauté pour favoriser la croissance et le bien-être. Ainsi, les liens entre « capital de rétablissement » et « capital communautaire » sont étroits, et mis ensemble, ces capitaux sont liés aux initiatives communautaires de renforcement des capacités. Cette relation nous rappelle que les programmes et les politiques efficaces de prévention et de promotion de la santé à l'échelle de la population ont des retombées plus importantes sur la santé de la population que les investissements dans les services de santé s'adressant aux personnes ayant des difficultés connues. En somme, les améliorations communautaires comme l'offre de logements abordables et les possibilités d'emploi et d'éducation, ainsi que l'accès à des aliments sains, à des espaces verts et à d'autres aspects d'un environnement sain, amélioreront les chances individuelles de rétablissement, peu importe la gravité des problèmes.

Un modèle de traitement et de rétablissement centré sur la personne reconnaît la capacité de cette dernière à appliquer des changements positifs dans sa vie et repose sur des pratiques fondées sur des données probantes pour appuyer ces possibilités. L'accès à des options thérapeutiques n'est qu'un des éléments essentiels à la constitution du capital de rétablissement. Un traitement mis en œuvre dans un esprit de soutien et de réaction, plutôt que d'une façon qui suscite de la frustration et des reports, peut entraîner d'excellents résultats. Ainsi, la collaboration entre les services de traitement de la toxicomanie et de la santé mentale et des autres secteurs est essentielle.

Pour constituer et maintenir le capital de rétablissement et le capital communautaire, il est important :

- de procéder à une réorientation pour passer du traitement de la maladie au soutien du rétablissement;
- de dégager le capital de rétablissement personnel du client (forces et ressources qui peuvent être mises à profit pour maintenir et améliorer le bien-être et le bon fonctionnement);
- de mettre à profit le capital familial et le capital social interpersonnel pour mobiliser les autres personnes qui peuvent contribuer aux objectifs de rétablissement du client;
- de travailler à l'échelle de la communauté pour constituer le capital de rétablissement en mettant fin à la stigmatisation associée aux problèmes de santé mentale et de toxicomanie;
- de trouver des modèles de rôle et des exemples de rétablissement pour démontrer que c'est un objectif réaliste;
- de favoriser les options de soutien par les pairs qui sont offertes dans les quartiers et les collectivités;
- de mobiliser activement les personnes atteintes de problèmes de santé mentale et de toxicomanie dans les processus quotidiens de la vie communautaire;
- d'offrir des ressources qui favorisent le logement, l'éducation, les loisirs, l'emploi et l'engagement social qui auront de la valeur pour le client.



Exemples – Traitement et rétablissement

NAVNET : une intervention systémique coordonnée pour les clients ayant des besoins complexes

NAVNET est un réseau de hauts représentants de différents ministères et organisations communautaires de St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador) qui se réunit pour trouver des solutions novatrices aux obstacles auxquels se heurtent les personnes atteintes de problèmes de santé mentale et de toxicomanie, dont les besoins sont nombreux et complexes. NAVNET a été mis sur pied en réponse à une recommandation présentée dans le rapport *Navigators and Networks : Harnessing resources and meeting the needs of individuals with complex needs* [navigateurs et réseaux : canaliser les ressources et répondre aux besoins des personnes ayant des besoins complexes] dans le but de combler les écarts et de lever les obstacles auxquels sont confrontées les personnes ayant des besoins complexes lorsqu'elles essaient d'accéder à des services dans un système très fragmenté dans lequel interviennent de nombreux ministères. NAVNET a bénéficié du financement de la Régie de santé de l'Est et du ministère provincial de l'Enseignement supérieur et des Compétences, et s'inspire de pratiques fondées sur des données probantes en Australie.

L'établissement de relations est au cœur du travail de NAVNET. En effet, la collaboration entre les secteurs gouvernemental, communautaire et de la santé permet l'abandon progressif d'une approche fragmentée et cloisonnée au profit d'une intervention inclusive et collaborative. Les travaux de NAVNET ont donné lieu à l'élaboration d'un protocole d'échange d'information, à une analyse des coûts (en 2010) et à une évaluation.

Les organisations membres de NAVNET dirigent leurs clients vers le programme. Une fois que l'aiguillage est accepté, la coordonnatrice de projet détermine quelles sont les organisations nécessaires à la formation d'une équipe multisystèmes adaptée au client. Ces équipes, qui sont principalement constituées de travailleurs de première ligne provenant de différents ministères et organisations, échangent des renseignements (en vertu d'un protocole d'entente) et utilisent un tableau d'évaluation pour définir des indicateurs de référence. La planification des soins préventifs sert à faire progresser les huit clients actuels de NAVNET dans ce tableau d'évaluation. Les plans sont revus et les résultats mesurés, puis les obstacles repérés sont présentés au comité directeur de NAVNET, qui y donne suite.

En 2012, la division de la recherche appliquée sur la santé de la Régie de santé de l'Est a procédé à une évaluation de l'année pilote de NAVNET. L'évaluation, qui faisait appel à diverses méthodes (histoires de clients, entrevues, résultats du tableau d'évaluation et données sur l'utilisation des services), a permis de constater des améliorations quant à la santé et au bien-être des clients, une stabilité accrue du logement, une diminution du recours aux services d'urgence, une diminution du nombre d'admissions à l'hôpital, et une diminution des démêlés avec la justice. Les indicateurs liés aux données sur l'utilisation des services semblent prometteurs en ce qui concerne la réduction globale des coûts pour ces clients.

Pour en savoir plus sur ce projet, veuillez communiquer avec :

Lisa Zigler, M.S.S., T.S.A.
Coordonnatrice de projet
709-777-3090
lisa.zigler@easternhealth.ca



Intégration de services de prise en charge de troubles concomitants : une expérience de première ligne

L'organisation Services communautaires de santé mentale et de dépendances de Frontenac (FCMHAS), établie à Kingston (Ontario), offre un éventail de services aux personnes qui ont des problèmes de santé mentale, de toxicomanie et de jeu compulsif : traitement communautaire dynamique, gestion de cas, services de soutien en situation de crise 24 heures par jour, services d'aide juridique et aide pour trouver un logement. Plusieurs obstacles ont été relevés relativement à l'intégration des services, notamment la difficulté à accéder aux services, le fait que les clients doivent répéter leur histoire à plusieurs reprises, les temps d'attente, la stigmatisation associée à l'accès aux services de traitement de la toxicomanie et de la santé mentale, ainsi que le dédoublement et la fragmentation des services.

Une équipe de leadership dirigée par des cadres des FCMHAS a été formée pour s'attaquer à ces défis en améliorant l'intégration des services, en s'assurant de leur qualité, et en veillant à ce qu'ils soient centrés sur le client et axés sur le rétablissement. L'équipe s'est également donné pour but de faire en sorte que le processus mobilise pleinement le personnel et les membres clients. L'équipe est parvenue à un consensus à propos d'un certain nombre de principes, dont la mise en œuvre de services plus intégrés étayés par une revue de la littérature visant à recenser les meilleures données à utiliser. L'équipe s'est grandement inspirée d'idées et de ressources pour la mise en œuvre d'un système global intégré pour ceux atteints de problèmes de toxicomanie et de santé mentale tirées des travaux de Minkoff et Cline (2004), qui ont mis au point le Comprehensive Continuous Integrated System of Care [système de soins global, intégré et continu].

Cinq regroupements de services ont été déterminés à des fins de planification :

- le regroupement « accès » traitant les questions d'accès;
- le regroupement « développement du groupe » offrant aux clients des services de psychoéducation et de formation spécialisée en vue de la réintégration dans la collectivité;
- le regroupement « complet et intensif » axé sur les services s'adressant aux personnes ayant des besoins complexes;
- le regroupement « soutien communautaire » destiné aux personnes ayant besoin de services particuliers, par exemple d'aide juridique;
- le regroupement « intégration communautaire » centré sur les plans d'initiatives qui favorisent l'intégration complète à l'aide des soutiens communautaires naturels de chacun,

Par l'intermédiaire d'un processus d'analyse positive, le personnel et les clients ont relevé des besoins et ont préparé une liste de propositions. Des séances de type « World Café » ont aussi été organisées, pendant lesquelles plusieurs comités ont pu se réunir et partager leurs apprentissages.

Ce processus, qui a permis de repérer des occasions de remédier à d'importants goulots d'étranglement gênant la mise en œuvre, portait sur la mise sur pied de deux regroupements intégrés : « soutien communautaire-intégration communautaire » et « complet-intensif ». En outre, plusieurs groupes ont été formés pour traiter de questions précises concernant les contacts avec l'organisation, parmi lesquels on retrouve notamment une équipe d'accès, dont les membres se consacrent au triage requis et font en sorte que les services soient rendus disponibles le plus rapidement possible. Bien que ce ne soit pas nécessaire, on s'attend à ce que les clients puissent se déplacer entre les divers regroupements et progresser au sein de ceux-ci. Le système entier n'a pas encore été mis en œuvre, mais les données préliminaires indiquent une diminution des temps d'attente pour accéder aux services. Des données supplémentaires seront recueillies pour mesurer les répercussions sur la satisfaction des clients.



Pour en savoir plus sur ce projet, veuillez communiquer avec :

Vicky Huehn
Directrice générale
Services communautaires de santé mentale et de dépendances de Frontenac
385, rue Princess
Kingston (Ontario) K7L 1B9
613-544-1356

Amélioration de la capacité de prise en charge des troubles concomitants dans l'ensemble d'un système de soins : un récit de collaboration entre les systèmes

En 2010, l'Alberta Addiction and Mental Health (AMH) Provincial Clinical Network [réseau provincial clinique de l'Alberta sur la toxicomanie et la santé mentale] a été mis sur pied pour veiller à ce que le personnel clinique des Services de santé de l'Alberta (AHS) contribue à la sécurité des patients et aux initiatives de la qualité de façon significative et productive. L'une des principales priorités du réseau consistait à diriger des mesures provinciales appuyant des changements de pratiques en première ligne dans le but de mieux répondre aux besoins des Albertains cherchant de l'aide pour des troubles cooccurrents. Un groupe de travail multidisciplinaire interministériel sur l'amélioration de la capacité de prise en charge des troubles concomitants a été formé.

En 2011, le groupe de travail a publié un document consensuel, *Enhancing Concurrent Capability : Foundational Concepts* [amélioration de la capacité de prise en charge des troubles concomitants (ECC) : concepts fondamentaux], dans lequel il définit les troubles concomitants et décrit les éléments essentiels des soins adéquats dans le système intégré de prestation de services de toxicomanie et de santé mentale des AHS. Il a aussi rédigé le premier chapitre du document *Enhancing Concurrent Capability Toolkit : A Welcoming and Engaging Strategy* [trousse de l'amélioration de la capacité de prise en charge des troubles concomitants : une stratégie accueillante et participative]. Cette ressource sur les pratiques a été mise au point avec le concours des patients et des consommateurs et comprend des activités de réflexion personnelle, des capsules contre la stigmatisation, une liste de vérification et d'autres activités qui aident à faire la promotion de l'accueil en tant que stratégie clé de l'amélioration des soins.

En 2012, le groupe de travail a organisé le Enhancing Concurrent Capability Provincial Forum : Moving Forward, un forum provincial sur l'amélioration de la capacité de prise en charge des troubles concomitants, qui a réuni 150 champions et consommateurs de partout dans la province dans le but de faire part d'améliorations de la pratique et de leçons tirées de l'amélioration des services dans ce domaine. Robert Drake a donné le ton à l'événement en invitant dans son discours d'ouverture les participants à aller de l'avant sur la base des données probantes disponibles.

La même année, le groupe de travail a publié le document *A Standard Approach to Screening* [une approche uniforme au dépistage] pour les troubles concomitants dans les services de toxicomanie et de santé mentale et recommandé GAIN-SS et d'autres outils, en plus de mettre en lumière des aspects à prendre en considération dans la mise en œuvre de cette approche à l'échelle des services et du système. Ce document, grandement inspiré de l'expérience du Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH), a servi de base au deuxième chapitre de la trousse ECC, qui portait sur le dépistage.

À la fin 2012, le réseau clinique sur la toxicomanie et la santé mentale est devenu un réseau clinique stratégique, et le mandat du groupe de travail a pris fin. Un nouveau groupe consultatif sur l'amélioration de la capacité de prise en charge des troubles concomitants a pris la relève et continue d'orienter la mise en œuvre de changements de pratiques, notamment avec des chapitres de la trousse ECC sur l'évaluation et les compétences relatives à la prise en charge des troubles concomitants.



Pour en savoir plus sur ce projet, veuillez communiquer avec :

Jill Mitchell
Directrice
Workforce and Concurrent Capability
Alberta Health Services, Addiction and Mental Health
780-422-2408
jill.mitchell@albertahealthservices.ca

Ressources en ligne pour appuyer le mieux-être mental

En octobre 2015, le ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador dévoilait un certain nombre de technologies de cybersanté novatrices conçues pour appuyer la santé mentale des adultes et des jeunes. Ces services offrent des renseignements sur l'entraide, les outils d'auto-gestion, les liens vers les services localisés et même des séances d'encadrement pour les services au téléphone et en ligne.

Bridge the gAPP (BTG) (combler les lacunes) est une ressource en ligne conçue pour appuyer le mieux-être mental et jouer le rôle d'intervention rapide pour les questions de santé mentale et de toxicomanie. BTG est offert aux jeunes (de 13 à 18 ans) et aux adultes (18 ans et +) par l'intermédiaire de deux plate-formes distinctes sur site Web et application mobile. Les personnes peuvent télécharger cette dernière sur Google Play ou dans le Apple Store ou encore dans le site www.bridgethegapp.ca.

BTG est bien nommé, car il comble en effet les lacunes entre ceux qui ont besoin d'aide et les ressources disponibles pour les aider à surmonter l'adversité. BTG offre instantanément l'accès à de l'information sur l'entraide sur les troubles de santé mentale et les toxicomanies, sur les stratégies d'adaptation au stress et les outils de rétablissement et il contient également un répertoire de services qui permet aux particuliers de joindre les services d'urgence et que l'on peut consulter en fonction de la région, du code postal ou de coordonnées du système mondial de localisation (GPS). Les autres fonctionnalités de BTG comprennent un Mood Meter (humeuromètre), une galerie d'art, un mur de l'espoir et des sections d'inspiration élaborées par des personnes ayant une expérience vécue et auxquelles continuent de s'ajouter les œuvres des utilisateurs de l'application et du site Web.

BTG est rendu possible grâce au travail acharné et aux contributions de nombreux partenaires et organismes communautaires, des employés des régies régionales de la santé, du gouvernement provincial, du Comité consultatif de la jeunesse du premier ministre et de diverses personnes ayant une expérience vécue. Ces précieuses contributions ont grandement enrichi ces services.

Le programme **BreathingRoom** est un programme d'auto-gestion en ligne qui aide les jeunes de 13 à 24 ans à gérer le stress, la dépression et l'anxiété. Élaboré par le Canadian Institute for Natural and Integrative Medicine, BreathingRoom est un programme primé, éprouvé en clinique et approuvé par la Commission de la santé mentale du Canada. Terre-Neuve-et-Labrador est la première adoptrice précoce du programme, qui est dorénavant disponible sur le site Web et les applications mobiles Bridge the gAPP. Les créateurs de BreathingRoom ont engagé plus de 100 jeunes dans l'élaboration de son programme, qui accompagne l'utilisateur dans huit modules lui permettant d'acquérir des stratégies pratiques de gestion de la vie. À l'aide de vidéos, de récits et d'activités, cette expérience interactive offre de nouvelles idées et de nouveaux outils pour aller de l'avant.

Le programme **The Strongest Families** offre des soins aux familles en leur permettant d'acquérir des compétences par une approche d'encadrement à distance, au téléphone et en ligne. Le programme primé appuie les enfants et les jeunes de 3 à 17 ans aux prises avec des troubles de santé mentale, des toxicomanies et des difficultés comportementales (c.-à-d. anxiété, THADA, comportements d'intimidation, et autres) susceptibles d'engendrer du stress à l'école ou à la maison. Le programme



améliore l'humeur et le stress parentaux, accroît la participation à l'école et surmonte le problème de l'intimidation en favorisant les comportements prosociaux. Strongest Families offre un soutien et un encadrement aux enfants et à leurs parents/tuteurs dans le confort de la maison.

Les familles peuvent obtenir accès au programme en communiquant avec leur bureau local de services de santé mentale et de lutte contre les toxicomanies.

Les technologies de cybersanté ci-dessus peuvent être utilisées seules ou en combinaison avec d'autres services et soutiens.

Pour en savoir davantage sur ces programmes, veuillez communiquer avec :

Niki Legge
 Consultante, Santé mentale et Toxicomanies
 Ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador
NikiLegge@gov.nl.ca

Ressources – Traitement et rétablissement

- Blanchette-Martin, N., F. Ferland, J. Tremblay et P. Garceau. *Infirmières de liaison en dépendance de la grande région de la Capitale-Nationale et de Chaudière-Appalaches : Portrait du service offert et des trajectoires d'usagers*, Québec (Qc), Centre de réadaptation en dépendance de Québec et Centre de réadaptation en dépendance de Chaudière-Appalaches, 2012.
- Boland, B., A. Earle, S. M. McConnell, D. Brothers et S. McConnell. *Navigators and Networks: Harnessing resources and meeting the needs of individuals with complex needs* (en ligne), 2008. Consulté à l'adresse : http://www.academia.edu/2124115/Navigators_and_Networks_Harnessing_resources_and_meeting_the_needs_of_individuals_with_complex_needs
- Hollett, S., J. Hussey et A. Ryan. *NAVNET Cost Analysis : Executive Summary* (en ligne), 2010. Consulté à l'adresse : <http://navnetnl.ca/wp-content/uploads/2010/10/NAVNET-Cost-Analysis-Executive-Summary.pdf>
- Setliff, A.E., et K. Little. *Evaluation of the 1-Year NAVNET Demonstration : Summary Report*, préparé pour le comité directeur de NAVNET par la division de la recherche appliquée sur la santé, département de recherche, Régie de santé de l'Est, St. John's (T.-N.-L.), 2013.

Renforcement de la capacité de collaboration

La mise en place d'une capacité de collaboration adéquate représente un élément important du soutien du changement (voir la section *Principaux domaines d'action – Soutien du changement*). Cette section présente deux grands domaines par lesquels peut passer le renforcement de la capacité, soulignés tant par les recherches consultées que les participants au Forum : les ressources humaines et la technologie. Ces deux domaines sont essentiels pour assurer la durabilité des nouvelles pratiques dans les modèles et les stratégies complets visant à changer les pratiques cliniques et les soutiens systémiques. Par exemple, l'amélioration de la qualité passe par la mise en évidence de changements progressifs, réalistes et mesurables à apporter aux processus de prestation des services et pourrait nécessiter de nouvelles aptitudes et compétences, ainsi que des soutiens technologiques pour faciliter les cycles rapides de repérage de problèmes, de mise en œuvre, de formulation de commentaires, et d'amélioration.

Les modèles de science de la mise en œuvre (Fixsen, Naoom, Blase, Friedman et Wallace, 2005; McCarty et coll., 2007; Hoffman et coll., 2012) mettent également à profit des domaines



d'importance capitale en ce qui a trait à l'évaluation de la nécessité du changement et proposent une approche progressive à la gestion du changement accordant une grande importance à la durabilité. Les grandes étapes de la gestion du changement sont l'exploration, l'installation, la mise en œuvre initiale et la mise en œuvre complète. Encore une fois, les ressources humaines et les technologies de l'information jouent des rôles essentiels dans ce processus. L'amélioration de la qualité et la science de la mise en œuvre mettent l'accent sur l'évaluation et la mesure du rendement (Watkins, Pincus et Tanielian, 2001; Addington, Kyle, Desai et Wang, 2010).

Ressources humaines

La plupart des intervenants qui participent à des efforts collaboratifs n'ont reçu aucune formation officielle sur la collaboration. En effet, les lacunes dans les capacités du personnel, notamment en ce qui a trait à l'aisance avec les pratiques de collaboration (Kates et coll., 2011), aux connaissances et aux compétences nécessaires (Collins, Hewson, Munger et Wade, 2010; McCarty et coll., 2007), sont ressorties comme étant un obstacle important à la collaboration et à l'intégration. Comme c'est le cas avec d'autres stratégies, le renforcement de la capacité du personnel peut favoriser la collaboration à plusieurs échelles.

À l'échelle du système, les décideurs, les meneurs et les professionnels peuvent inciter les établissements d'enseignement supérieur à préparer du contenu sur la collaboration dans les programmes d'enseignement des professionnels (Kates et coll., 2011). L'adhésion des programmes professionnels pourrait être plus probable si des tendances sont établies par l'intégration d'attentes de collaboration dans les processus d'embauche, dans les descriptions de poste et dans les produits livrables. Idéalement, les programmes universitaires devraient comporter des liens avec les compétences fondamentales propres à la collaboration (p. ex. compétences pour la pratique interprofessionnelle), que ce soit en les intégrant aux compétences fondamentales existantes propres aux disciplines pertinentes ou en les élaborant dans le cadre d'une stratégie nationale sur les ressources humaines en santé portant précisément sur la collaboration interprofessionnelle. Il pourrait aussi être nécessaire de solliciter activement les groupes de relations de travail et les syndicats pour s'orienter dans de possibles changements à la portée de la pratique.

À l'échelle du service, le renforcement de la capacité proviendrait naturellement de l'établissement de relations (voir la section *Principaux domaines d'action – Participation et établissement de relations*). En outre, les dirigeants devraient favoriser davantage la formation multidisciplinaire et la formation axée sur des compétences (Kates et coll., 2011; Collins et coll., 2010), notamment des séances interprofessionnelles de perfectionnement (p. ex. aptitudes relatives au recours au dépistage, aux techniques d'entrevue motivationnelle, aux interventions rapides et aux outils de prise en charge personnelle), l'observation au poste de travail et le mentorat. En raison de la nature multiculturelle de notre société, il est important d'insister sur la formation et le perfectionnement du personnel en ce qui a trait à la diversité au sens large : orientation sexuelle, sexe, âge et compétence culturelle, entre autres. Comme nous l'avons dit plus tôt, il est également essentiel que les fournisseurs de services disposent du temps, de l'espace et du soutien nécessaires pour surmonter certains des obstacles associés au changement. L'un des mécanismes principaux pour la réalisation de cet objectif est la réservation de périodes consacrées à la supervision clinique coopérative. Les fournisseurs de services peuvent également s'inspirer des commentaires de leurs clients, que ce soit dans le cadre du suivi en cours de traitement (Rush, Rotondi et coll., 2013) ou de mesures officielles visant à connaître le point de vue des clients concernant les soins prodigués (Rush, Hansson et coll., 2013).



Technologie

Par ailleurs, la technologie s'est avérée efficace pour améliorer l'accès aux services et aux soutiens, surtout en cas de pénurie de professionnels de la santé en milieu urbain et rural (Kates et coll., 2011). La télémédecine, notamment, a le potentiel d'établir un lien entre les fournisseurs de services, d'améliorer la collaboration et d'offrir des consultations dans les régions mal desservies (Kates et coll., 2011). Elle offre également des options supplémentaires pour la prestation de soins primaires par l'entremise d'applications comme des outils Web de prise en charge personnelle et des échanges par téléphone, par messages texte ou par courriel, pour remplacer ou compléter les visites au bureau (DeGruy et Etz, 2010).

En plus de faciliter la prestation de services, les technologies de l'information peuvent aider les fournisseurs en ce qui concerne la planification et la gestion des services (Collins et coll., 2010). En effet, il est difficile d'imaginer des initiatives de collaboration sans un volet solide de gestion de l'information et des technologies (Protti, 2009). Ce volet peut comprendre des algorithmes fondés sur des données probantes pour améliorer la collaboration et la collecte et l'analyse de données ainsi que la gestion et l'échange des renseignements sur les clients (Kates et coll., 2011).

L'échange des renseignements au-delà des frontières fonctionnelles n'est pas une mince affaire, en partie en raison de la nature localisée et contextuelle des renseignements, et parce que des frontières étanches se sont érigées au fil du temps. Il faut donc y consacrer suffisamment de temps et d'attention, mobiliser suffisamment les intervenants dans ce travail, et gérer les questions relatives à la protection des renseignements personnels. Ces questions, et notamment un examen approfondi des lois sur la protection des renseignements personnels et de leur incidence sur les initiatives de collaboration, sont essentielles, étant donné que les préoccupations dans ce domaine sont de grands obstacles à l'efficacité des collaborations. Même s'ils adhèrent aux lois sur la protection des renseignements personnels et que des processus appropriés de consentement éclairé sont en place, il se peut que les fournisseurs de services soient réticents à échanger des renseignements avec d'autres, pour diverses raisons (p. ex. par crainte de répercussions imprévues pour le client, comme une aggravation de la stigmatisation, ou en raison de restrictions pouvant être associées à l'accès au service complémentaire ou à une évaluation des risques liés à la responsabilité). Les améliorations aux dossiers médicaux électroniques (DME) peuvent servir à apaiser certaines de ces préoccupations, étant donné que les DME permettent l'échange de renseignements plus sélectifs que les notes sur les cas, par exemple. En outre, les fournisseurs de services doivent se familiariser avec les lois sur la protection des renseignements personnels et réfléchir à leurs propres défis et à leur manque d'impartialité lorsqu'ils travaillent à l'intérieur de ces limites législatives.

Par ailleurs, il est primordial de porter une attention particulière aux façons dont les processus liés à la confidentialité des renseignements et aux changements technologiques influenceront sur l'organisation dans lesquels ils seront intégrés et vice versa, ainsi qu'à leurs répercussions possibles pour les clients. Il s'agit d'un autre domaine d'importance capitale dans le processus de gestion du changement pour une initiative de collaboration qui nécessite la participation significative des personnes ayant une expérience vécue, de leur famille et de leurs soutiens dans le processus de planification et d'évaluation.

Exemple – Renforcement de la capacité de collaboration

Progression des compétences de prise en charge des troubles concomitants par l'intermédiaire d'un réseau de perfectionnement professionnel

L'Addiction and Mental Health (AMH) Integrated Service Delivery Framework [cadre de prestation intégrée des services de toxicomanie et de santé mentale] de 2009 des Services de santé de



l'Alberta (AHS) ouvre la voie à un continuum provincial unique de services de toxicomanie et de santé mentale. Les AHS se sont aussi fixé pour objectif d'améliorer les résultats pour les clients et leur expérience par le développement d'une capacité de prise en charge des troubles concomitants dans l'ensemble des services de toxicomanie et de santé mentale (Services de santé de l'Alberta, 2010). Cet objectif est soutenu par la stratégie de perfectionnement professionnel des AHS en matière de toxicomanie et de santé mentale, qui vise à assurer que les effectifs dans le domaine de la toxicomanie et de la santé mentale sont diversifiés et bien formés, et qu'ils offrent des soins pertinents aux clients et aux patients qui ont des problèmes de santé mentale et des troubles concomitants ainsi qu'à leurs familles.

La stratégie est soutenue par un comité consultatif sur le perfectionnement professionnel, un réseau provincial regroupant des représentants des zones des AHS et de la province. Ce comité sert de carrefour à un réseau complexe de groupes de travail et de référence dans la province. Le réseau travaille sur trois grandes priorités : un cadre sur les compétences de prise en charge des troubles concomitants, un plan de préparation à la formation et au soutien en matière de pratiques, et un cadre d'orientation sur la surveillance clinique.

S'inspirant du document *Compétences pour les intervenants canadiens en toxicomanie* (Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2010), 100 gestionnaires de l'exploitation et employés des cinq zones des AHS ont été consultés pour évaluer la validité des compétences du CCLT dans leur milieu et déterminer la façon dont celles-ci devaient être modifiées. La modification la plus importante consistait à revoir les définitions des compétences et les indicateurs comportementaux pour qu'ils intègrent davantage la prestation des services de santé mentale. Le cadre sur les compétences de prise en charge des troubles concomitants a été élaboré sur la base de ces commentaires; il comprend un ensemble de domaines de compétences comportementales et techniques qui s'appliquent à une gamme de niveaux de pratique, de débutant à avancé. Une revue de la documentation à l'échelle nationale et internationale sur la capacité de prise en charge des troubles concomitants a aussi été réalisée pour veiller à ce que les commentaires soient harmonisés sur le plan des concepts à la recherche et aux conceptions actuelles. Ces travaux ont engendré un cadre de compétences qui représente les pratiques exemplaires en matière de soins adaptés aux troubles concomitants.

Les modifications en cours reposant sur des recherches émergentes ainsi que les commentaires des gestionnaires de l'exploitation et des employés permettront d'assurer la pertinence des activités. Le cadre propose un langage commun et servira de point de référence pour assurer un rendement cohérent et élevé pour les différents fournisseurs de services des AHS dans le domaine de la toxicomanie et de la santé mentale.

Normes systémiques pour le traitement des troubles concomitants

En 2007, la Nouvelle-Écosse a mis sur pied un groupe de travail pour le projet provincial sur les troubles concomitants pour orienter et surveiller la planification et la mise en œuvre d'initiatives destinées à améliorer les services et le soutien pour les personnes aux prises avec des troubles concomitants en Nouvelle-Écosse. L'adoption d'interventions efficaces contre les troubles concomitants nécessite une étroite collaboration entre les services en santé mentale et en toxicomanie. À cette fin, les représentants des services provinciaux en santé mentale et en toxicomanie ont mené une initiative visant à élaborer des normes provinciales conjointes sur les troubles concomitants, qui ont été adoptées en 2012. Outre une analyse environnementale des services actuels, l'élaboration de ces normes s'est fondée sur une analyse documentaire des pratiques prometteuses et nouvelles pour le traitement des troubles concomitants.

Les normes sur les troubles concomitants ont été examinées par des experts reconnus à l'échelle nationale, des régies régionales de la santé et des professionnels des services en santé mentale et en toxicomanie. Le document se veut un guide destiné à améliorer les soins dans l'ensemble des



soutiens et des services pour les personnes aux prises avec des troubles concomitants et leurs partenaires préoccupés. L'objectif principal des normes est d'améliorer l'expérience de traitement des troubles de santé mentale et de consommation des Néo-Écossais.

Les Normes de traitement des troubles concomitants sont nécessaires pour jeter les bases de l'amélioration, tout en reconnaissant que leur mise en œuvre complète pourrait prendre un certain temps, pour réduire les variations indésirables dans les services et pour concerter les efforts sur les résultats escomptés et les activités nécessaires à leur atteinte. La mise en œuvre des normes de traitement des troubles concomitants nécessitera l'abandon d'anciennes pratiques et l'adoption d'une approche plus holistique et axée sur le client par les fournisseurs de services.

Chaque régie régionale de la santé devait élaborer un plan de mise en œuvre au cours de l'année suivant l'adoption des Normes et avoir terminé cette mise en œuvre au cours des trois à cinq années suivant l'adoption. Le document comprend, à l'annexe A, des indicateurs pour chaque norme afin de permettre le suivi et l'assurance de la qualité de la mise en œuvre des Normes.

Le coffre à outils des compétences de base sur les troubles concomitants et les modules d'apprentissage correspondants ont été élaborés afin d'appuyer la mise en œuvre et l'acceptation des Normes. Ces ressources de soutien abordent deux éléments clés des Normes : le renforcement des capacités et les compétences du personnel et de l'organisation. Le coffre à outils supplémentaire est destiné à accroître les connaissances et la capacité des employés, améliorer la qualité des pratiques et créer une expérience de traitement plus positive et efficace.

Pratique de base en toxicomanie

La formation en Pratique de base en toxicomanie est une série éducative inaugurée en Colombie-Britannique et conçue pour offrir une compréhension commune de ce qui constitue une pratique exemplaire de traitement en toxicomanie et pour permettre aux praticiens d'acquérir les compétences professionnelles nécessaires à l'intégration efficace de ces pratiques. L'initiative de la Pratique de base en toxicomanie est issue d'un partenariat fructueux entre Fraser Health, l'interior Health et Vancouver Coastal Health.

Dans le cadre de l'initiative *Healthy Minds, Healthy People* [Âme saine, corps sain] – un plan décennal pour traiter la santé mentale et la consommation en Colombie-Britannique – la formation en Pratique de base en toxicomanie a été mise à jour et on y a ajouté des modules spécialisés et du matériel d'apprentissage adapté à divers publics pour les praticiens en consommation, en santé mentale et des domaines connexes de l'éducation, de la santé, de la justice et des autres domaines des services sociaux. La formation en Pratique de base en toxicomanie comprend dorénavant des modules axés sur les besoins de groupes à risque élevé précis, comme les personnes ayant une expérience de violence et de traumatismes et celles recevant un traitement d'entretien à la méthadone. La Pratique de base en toxicomanie a maintenant été adoptée dans l'ensemble des régions de santé de la Colombie-Britannique dans le cadre de l'initiative *Healthy Minds, Healthy People* et un comité directeur provincial a été mis sur pied.

L'initiative de Pratique de base en toxicomanie comprend deux objectifs principaux :

1. Veiller à ce que les fournisseurs de services liés à la consommation disposent du cadre conceptuel et des connaissances de base nécessaires pour offrir aux communautés des services liés à la consommation actuels et fondés sur des données probantes;
2. Fournir des renseignements de base d'éducation sur la consommation aux professionnels pour accroître la prestation de services liés à la consommation efficaces, factuels et uniformes dans l'ensemble des services et des soutiens.



Les ateliers de Pratique de base en toxicomanie rassemblent les renseignements et la formation en compétences nécessaires dans un tout normalisé afin de faciliter l'échange de connaissances dans le cadre d'une approche collaborative, fondée sur l'enquête, visant à accroître l'uniformité des services offerts aux clients aux prises avec des toxicomanies par les cliniciens de l'ensemble de la Colombie-Britannique. La formation en Pratique de base en toxicomanie comprend la mobilisation et le soutien des cliniciens alors qu'ils étendent la portée de leurs activités aux clients aux prises avec des toxicomanies, ainsi que les cliniciens travaillant dans d'autres domaines de service où ils pourraient rencontrer des problèmes de toxicomanie.

En 2013-2014, Fraser Health a évalué l'incidence de la formation en Pratique de base en toxicomanie et formulé des recommandations pour éclairer l'élaboration ultérieure d'une formation en Pratique de base en toxicomanie. Les conclusions de cette évaluation ont démontré que :

- Les participants ont acquis beaucoup plus d'assurance et de connaissances, ils ont su reconnaître leurs propres biais et préjugés et ils ont appris à adapter leurs pratiques afin de réduire la stigmatisation;
- La Pratique de base en toxicomanie permet de s'exposer à une pratique fondée sur des éléments probants et de se réorienter en fonction de celle-ci et elle sert d'endroit sûr où pratiquer ses compétences (dialogue motivationnel, évaluation et dépistage);
- Les participants ont appris à mieux connaître les pratiques sensibles aux traumatismes, la réduction des méfaits et l'effet puissant de la mobilisation du client;
- La formation en Pratique de base en toxicomanie a permis de rencontrer d'autres professionnels et découvrir comment mieux servir le client tout au long du continuum de service;
- Les participants se sont quittés motivés à partager leurs connaissances et à continuer d'apprendre (ils voulaient des cours plus approfondis).

Formation en santé mentale : Introduction et guide d'exécution de programme adapté aux troubles concomitants

Le Comité sur l'abus de solvants chez les jeunes (YSAC) est un réseau de centres de traitement en établissement pour jeunes des Premières Nations de diverses régions du Canada qui cherche à établir l'orientation de la prestation de services de traitement de qualité pour les jeunes à l'échelle nationale. En 2009, le YSAC et ses centres membres ont entamé un processus de deux ans pour élaborer un programme de formation du personnel axé sur le recoupement entre les toxicomanies et les troubles de santé mentale des jeunes Autochtones et Inuits. Ce programme de formation, *Mental Health Training : A Primer and Guide to Concurrent Capable Program Delivery* [Formation en santé mentale : Introduction et guide d'exécution de programme adapté aux troubles concomitants], a été élaboré par des représentants de chaque centre du YSAC et fait appel à un modèle de renforcement des capacités pour préparer le personnel à traiter de façon efficace les troubles concomitants. Il comprend les modules de formation et traite des sujets suivants :

- Une introduction à la santé mentale et aux toxicomanies
- L'automutilation
- L'anxiété
- La dépression
- Le trouble bipolaire
- La schizophrénie
- L'ETCAF
- La thérapie cognitivo-comportementale
- Le traumatisme indirect



En 2011, le programme a fait l'objet d'un essai dans six centres du YSAC où les participants de chaque centre l'évaluaient en cours de formation. Les résultats de cette évaluation préliminaire démontrent que le programme de formation a accru les connaissances du personnel en matière de santé mentale et de toxicomanie, de la gamme d'outils disponibles pour intervenir en cas de troubles de santé mentale ou de toxicomanies et de capacité à reconnaître une vaste gamme de signes et de symptômes pour divers troubles de santé mentale et de consommation.

Pour en savoir davantage sur ce projet, veuillez communiquer avec :

Mme Debra Dell
Directrice exécutive, Comité sur l'abus de solvants chez les jeunes
ysac@shaw.ca et ysac.info

Ressources – Renforcement de la capacité de collaboration

- Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. *Compétences pour les intervenants canadiens en toxicomanie*, Ottawa (Ont.), Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2010. Consulté à l'adresse : <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/ccsa-011800-2010.pdf>
- Centre de toxicomanie et de santé mentale. *Improving Our Response to Older Adults with Substance Use, Mental Health and Gambling Problems: A Guide for Supervisors, Managers and Clinical Staff*, Toronto (Ont.), Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2008.
- Gil-Rivas, V. « Perceptions of mental health and substance abuse program administrators and staff on service delivery to persons with co-occurring substance abuse and mental disorders », *Journal of Behavioral Health Services*, vol. 31, n° 1, 2004, p. 38–49.
- Gil-Rivas, V., et C.E. Grella. « Addiction services : Treatment services and service delivery models for dually diagnosed clients: Variations across mental health and substance abuse providers », *Community Mental Health Journal*, vol. 41, n° 3, 2005, p. 252.
- Miller, W.R., et S. Rollnick. *Motivational Interviewing: Helping People Change* (3^e édition), New York (NY), The Guilford Press, 2013.
- Qualité des services de santé Ontario. *Quality Improvement Guide*, Toronto (Ont.), Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2012. Consulté à l'adresse : <http://www.hqontario.ca/portals/0/Documents/qi/qi-quality-improve-guide-2012-en.pdf>
- Rush, B., N.K. Rotondi, N. Chau, A. Furlong, A. Godinho, C. Schell, C. Kwong et S. Ehtesham. *Drug Treatment Funding Program Client Recovery Monitoring Project*, Toronto (Ont.), Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2013. Consulté à l'adresse : http://eenet.ca/wp-content/uploads/2013/08/OM-Report_Aug22.pdf
- Rush, B., R. Hansson, Y. Cvetanova, A. Rotondi, A. Furlong et R. Behrooz. *Development of a Client Perception of Care Tool for Mental Health and Addictions: Qualitative, Quantitative, and Psychometric Analysis*, Toronto (Ont.), Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2013. Consulté à l'adresse : <http://eenet.ca/wp-content/uploads/2013/08/OPOC-Final-Report-2013.pdf>



Évaluation

Diverses questions méthodologiques compliquent l'interprétation de l'ensemble des données sur la collaboration dans la plupart des recherches pertinentes. Si l'évaluation des travaux concertés représente un élément important de l'amélioration des services liés à la santé mentale, la consommation et les soins primaires, elle peut s'avérer très difficile et est souvent un morceau négligé du casse-tête. De nombreuses difficultés sont attribuables à la grande variabilité de la portée et de la nature des initiatives de collaboration ou d'intégration des services à l'étude. La vaste gamme d'activités de collaboration empêche l'élaboration d'un cadre normalisé d'évaluation et il demeure difficile de recenser les avantages précis d'une collaboration plus étroite et de l'intégration des services. Malgré ces difficultés, certains résultats semblent appuyer le recours aux soins de santé mentale en collaboration dans le cadre de soins primaires. D'autres recherches seront nécessaires dans le domaine des soins et des soutiens en toxicomanie offerts en collaboration (Chalk, Dilonardo et Gelber Rinaldo, 2011), bien que les recherches soient assez concluantes en ce qui concerne les approches collaboratives de dépistage, d'intervention rapide et d'orientation dans le cadre de traitements et d'autres formes de consultations et de liaisons en matière de toxicomanie en milieu de soins de santé. D'autres évaluations économiques doivent également être réalisées en ce qui a trait à diverses initiatives en collaboration liées aux soins et aux soutiens en toxicomanie et en santé mentale, notamment des études sur la compensation des coûts, le rapport coût-efficacité et le rapport coûts-avantages, ce qui risque de soulever de nombreuses autres questions sur le rendement du capital investi.

Les exemples présentés lors du Forum du leadership transformationnel et en réponse à l'appel d'exemples à inclure dans le présent rapport ont entretenu la perception que les efforts de collaboration ne manquent pas dans les secteurs de la toxicomanie et de la santé mentale aux différents échelons au Canada. Mentionnons notamment les travaux achevés récemment au Nouveau-Brunswick, qui portaient sur l'élaboration de lignes directrices concernant une approche axée sur le rétablissement dans la prestation de programmes de toxicomanie et de santé mentale; les équipes de santé familiale en Ontario; l'Addiction and Mental Health Strategy de l'Alberta; et l'initiative de la Saskatchewan sur le dépistage et l'intervention rapide dans les milieux de soins primaires. Ces efforts, ainsi que les autres modèles de collaboration, devront faire l'objet d'une évaluation visant à confirmer leur impact dont les résultats seront largement diffusés. Idéalement, une stratégie officielle d'échange des connaissances devrait être utilisée pour partager ces renseignements et enrichir l'ensemble de données portant sur ce qui fonctionne bien dans la collaboration. L'évaluation réalisée dans un contexte de recherche ou dans un projet pilote devrait aussi contribuer concrètement à l'adoption d'activités de collaboration ou de l'innovation.

Comme c'est le cas avec la planification et la mise en œuvre de soins en collaboration, il n'existe aucune solution uniformisée pour l'évaluation en raison des nombreuses formes que peuvent prendre les activités de collaboration (Rush, 2014). Cela dit, les décideurs devraient tenir compte de certains facteurs communs, notamment l'importance de l'engagement envers l'évaluation et de l'utilisation des renseignements qui en sont issus à des fins qui vont au-delà de la simple responsabilisation. L'évaluation devrait éclairer les améliorations continues et favoriser les efforts collaboratifs rentables.

Un plan d'évaluation recensant des questions précises à aborder, des mesures et des stratégies de collecte des données bien définies, ainsi qu'une description du modèle ou des activités de collaboration relatives au processus et aux résultats visés devrait être rédigé en collaboration avec de nombreux intervenants. Les objectifs de l'évaluation doivent préciser clairement si la collaboration est effectuée à l'échelle du système ou du service. Il est également important que le plan d'évaluation articule les questions d'évaluation précises pour servir de compte rendu officiel de l'objet de l'évaluation (Rush, 2014). Les attentes de l'évaluation et les indicateurs de succès doivent être bien définis dès le départ, particulièrement en ce qui a trait aux efforts et aux objectifs



d'intégration systémique. Cette précision permettra d'éviter le « décalage d'évaluation » qui peut se produire lorsque de nombreux intervenants participent au processus et que des changements de leadership se produisent en cours de route (Rush, 2014). De plus, le plan d'évaluation doit être flexible, et on doit pouvoir y intégrer de nouveaux aspects courants du travail collaboratif.

Le plan d'évaluation devrait également définir clairement la « théorie du changement » sur laquelle repose le modèle ou l'activité de collaboration. Cette définition peut être rédigée en partie avec un modèle logique complété par d'autres types de stratégies de planification de l'évaluation (p. ex. schématisation conceptuelle). La théorie du changement ou le modèle logique devrait être mis au point par l'intermédiaire d'un processus collaboratif auquel participeront les intervenants clés, notamment des personnes ayant une expérience vécue, pour arriver à un consensus sur la compréhension de l'intervention de collaboration ainsi que sur les résultats visés et l'utilisation prévue de l'information.

Les évaluateurs et les intervenants doivent être ouverts à l'étude de l'ensemble des questions et problèmes liés aux processus, aux résultats et à l'évaluation économique décrits ci-dessous, y compris l'évaluation des avantages pour le client et la perception des soins qu'ont les membres de la famille. Il peut être utile de considérer que l'évaluation passe par des étapes semblables aux étapes d'élaboration de l'initiative de collaboration elle-même. Cette approche supposerait des mises à jour régulières du plan d'évaluation tout au long d'une initiative de soins en collaboration.

L'évaluation du processus permet de suivre et de documenter des aspects précis de la mise en œuvre afin de décrire l'intervention et d'aider à définir les relations entre les éléments de l'initiative de collaboration et les résultats obtenus. Ce type d'évaluation peut comprendre une évaluation de la précision dans le but de suivre la mise en œuvre et la durabilité des activités ou des modèles de collaboration ainsi qu'une évaluation des partenariats visant à mesurer la préparation de l'organisation et des partenariats. Cette évaluation double reflète le fait que tant des facteurs internes (p. ex. compétences du personnel en matière de pratique interprofessionnelle et degré de mise en œuvre) qu'externes à la collaboration (p. ex. préparation organisationnelle et antécédents de collaboration dans la communauté) influent sur l'efficacité globale.

L'évaluation des résultats permet de déterminer si l'activité de collaboration a eu une incidence sur les résultats obtenus. Il peut s'agir de changements à l'accès aux services par les clients, y compris le taux de pénétration dans la population qui en a besoin; la progression dans le système et la progression de la clientèle, y compris l'évaluation des répercussions pour les populations vulnérables; une diminution des temps d'attente; l'amélioration de la continuité des soins; la réduction de l'utilisation des soins de santé (p. ex. urgence et hôpital); les changements relatifs aux attitudes, aux compétences et à l'engagement comportemental du personnel dans les pratiques de dépistage et d'évaluation; et les résultats pour la santé. La difficulté d'établir un lien entre les résultats pour la santé des clients et les changements à la portée et à la nature des soins en collaboration, telle que mesurée dans une évaluation du processus, devrait être définie et abordée dans la conception de l'évaluation. Dans certains cas, la mise en œuvre d'un élément d'une initiative de collaboration pourrait n'avoir aucune incidence sur les résultats pour les clients sans la mise en œuvre d'autres éléments. Par exemple, le dépistage de problèmes de toxicomanie et de santé mentale n'influera probablement pas sur les résultats pour la santé des clients sans qu'il y ait d'intervention de suivi (p. ex. intervention rapide, orientation vers des traitements). De telles attentes doivent être définies au cours de l'élaboration de la théorie du changement de l'initiative, pendant la période de planification de l'évaluation.

L'évaluation économique peut comprendre les analyses de coût des différentes ententes de soins en collaboration; des changements à la rentabilité et à la productivité; la rentabilité d'autres modèles de soins en collaboration; et le rapport coûts-avantages ou la compensation des coûts (p. ex. diminution de l'utilisation des services, ou utilisation plus appropriée de ceux-ci).



Enfin, il est important de réfléchir sérieusement au modèle global d'évaluation le plus approprié à l'initiative de collaboration et à son contexte (Rush, 2014). L'évaluation d'initiatives de soins en collaboration peut être améliorée par le recours à de nouveaux modèles comme l'évaluation évolutive (Patton, 2011), l'évaluation fondée sur la complexité et l'évaluation systémique (Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2010). Les évaluations systémiques peuvent notamment inclure l'évaluation des relations de pouvoir dans les modèles de soins en collaboration et leur incidence sur les services offerts et les populations servies ou exclues; l'analyse de réseaux en vue d'évaluer les structures relationnelles comme les cliques communautaires et hospitalières; et le rôle du processus d'évaluation lui-même dans l'établissement et le maintien d'une relation de collaboration.

Exemples – Évaluation

Évaluation du projet national de dépistage chez les jeunes

Dans le National Youth Screening Project [projet national de dépistage chez les jeunes] (voir aussi l'exemple à la section *Dépistage et évaluation*), des mesures autodéclarées ont été prises avant et après le projet chez les fournisseurs de services participants pour étudier leurs pratiques relativement aux services directs offerts aux clients, ainsi que leurs pratiques et perceptions liées à la collaboration. Les premières ont été prises avant la première formation sur le protocole du projet et le travail auprès de jeunes atteints de troubles cooccurrents. Les autres ont été prises après six mois de collecte de données (c.-à-d. six mois de participation à un projet dans lequel les fournisseurs utilisaient l'outil de dépistage GAIN-SS auprès des jeunes qui faisaient appel à leurs services) pour recueillir de l'information sur les attitudes, les connaissances et les pratiques des fournisseurs de services par rapport à la consommation, la santé mentale, les troubles concomitants et le dépistage chez les jeunes, ainsi que la collaboration interorganismes.

Les résultats obtenus auprès de 149 fournisseurs de services qui ont répondu au sondage post-évaluation indiquent que l'outil de dépistage GAIN-SS s'est avéré utile, qu'il a eu une incidence sur les décisions relatives au traitement et qu'il a facilité l'aiguillage. En outre, ils ont signalé un niveau de connaissances accru, une meilleure participation aux pratiques de traitement des troubles concomitants, ainsi qu'une perception d'intégration et de collaboration renforcées entre les organismes. On a constaté que les fournisseurs de services qui estiment que la formation a été utile font appel à l'outil GAIN-SS plus fréquemment et que ceux qui s'en servent sont plus susceptibles d'indiquer que l'outil de dépistage leur a fourni des renseignements utiles, qu'il a eu une incidence sur la prestation de service et qu'il a facilité l'aiguillage. Le sondage indique aussi que les fournisseurs de services ont une connaissance accrue des problèmes de santé mentale de comorbidité et de consommation chez les jeunes, une compétence personnelle plus grande pour les troubles concomitants et qu'ils participent davantage aux pratiques pour aborder les troubles concomitants chez les jeunes. Dans l'ensemble des secteurs de services, le sondage post-évaluation a constaté de nombreuses similarités d'un secteur à l'autre. Toutefois l'incidence la plus marquée du Projet national de dépistage chez les jeunes s'est fait sentir dans le secteur des toxicomanies.

Pour en savoir plus sur ce projet, veuillez communiquer avec :

Gloria Chaim, M.S.S., T.S.A.
Directrice clinique adjointe
Programme pour les enfants, les jeunes et leur famille
Centre de toxicomanie et de santé mentale
416-535-8501, poste 36756
gloria.chaim@camh.ca



Joanna Henderson, Ph.D.
Clinicienne-chercheuse
Programme pour les enfants, les jeunes et leur famille
Centre de toxicomanie et de santé mentale
416-535-8501, poste 34959
joanna.henderson@camh.ca

L'initiative ontarienne Améliorer les systèmes grâce aux projets de services axés sur la collaboration

Dans le but de s'attaquer aux problèmes associés aux transitions dans des services fragmentés chez les enfants et les jeunes qui souffrent de problèmes de santé mentale, le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse de l'Ontario a lancé une stratégie globale de santé mentale et de lutte contre les dépendances en 2011. L'une des initiatives lancées dans le cadre de cette stratégie, Améliorer les systèmes grâce aux projets de services axés sur la collaboration (ASPSAC), vise à combler les lacunes importantes dans les services aux enfants et aux jeunes vulnérables, en période de transition cruciale et vivant dans des communautés éloignées. L'initiative ASPSAC est dirigée en collaboration par six ministères provinciaux, ce qui en fait un effort particulièrement multisectoriel et global. De plus, les populations autochtones et francophones ont été désignées groupes prioritaires à l'échelle provinciale dans le cadre de cette initiative.

Un service communautaire axé sur la collaboration est un groupe de fournisseurs de services et d'intervenants de divers secteurs qui collaborent pour détecter les lacunes dans les services et mettre en œuvre des changements systémiques. Ces travaux sont réalisés par la sélection ou l'adaptation et la mise en œuvre d'interventions fondées sur des données probantes qui aident les enfants et les jeunes ayant des besoins complexes lors de périodes de transition cruciales. Afin de mobiliser la communauté, 18 services axés sur la collaboration ont été mis en place en février 2012 dans les communautés de l'Ontario. Ces services en sont aujourd'hui à divers stades. Les services peuvent compter de 20 à 100 membres selon les communautés. Le Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH), le plus grand établissement de santé mentale et de toxicomanie au Canada, a reçu le mandat d'encadrer la mise en œuvre et l'évaluation de l'initiative ASPSAC.

L'évaluation a été intégrée dès le début à l'initiative. Étant donné que le contexte peut avoir une grande incidence sur la pratique, et plus particulièrement dans le cas d'interventions complexes, les responsables de l'initiative ont adopté une approche d'évaluation évolutive qui offre une grande sensibilité au contexte et s'éloigne de la rigidité associée à la mesure du respect des interventions (Patton, 2011). Dans le cadre de l'évaluation de l'initiative ASPSAC, les intervenants des services axés sur la collaboration sont considérés comme des participants actifs à la planification, à la mise en œuvre et à l'élaboration du plan d'évaluation. En plus de réaliser les éléments du plan d'évaluation de l'initiative présentés ci-dessus et de contribuer à l'élaboration des plans d'évaluation locaux, l'équipe d'évaluation aide également les différents services axés sur la collaboration de la province à mettre en place leur propre plan d'évaluation.

Grâce à la nature de cette initiative communautaire, qui intègre pleinement les données probantes et l'évaluation, des leçons ont été tirées quant à l'atteinte d'un équilibre entre la science et les besoins pratiques des initiatives communautaires. Il existe des pressions continues concernant l'adaptation du modèle des services axés sur la collaboration et le choix d'interventions en fonction des besoins communautaires. En cours de route, on a tenté de mettre en œuvre ces interventions de façon systématique et de documenter le processus. Le volet d'évaluation de l'initiative ASPSAC a donc dû évoluer pour répondre aux exigences du projet. Les attentes des intervenants et la réalité associée à l'opération d'un changement systémique dans un délai limité ont également dû être prises en compte dans le cadre de cette initiative. L'initiative ASPSAC a réussi à équilibrer ces



éléments en assurant la précision par l'application de l'Active Implementation Framework [cadre de mise en œuvre active] du National Implementation Research Network (NIRN) étatsunien et par l'intégration de l'échange et de l'évaluation des connaissances recueillies au cours des étapes préliminaires de l'initiative.

Pour en savoir plus sur ce projet, veuillez communiquer avec :

Alexia Jaouich, Ph.D.
Chef de projet principal
Programme de soutien au système provincial
Centre de toxicomanie et de santé mentale
416-535-8501, poste 30015
alexia.jaouich@camh.ca

Ressources – Évaluation

- Krank, M. Outil de suivi et d'évaluation : un document à l'appui du portefeuille de normes canadiennes de prévention de l'abus de substances chez les jeunes, Ottawa (Ont.), Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2012.
- Rush, B.R. « Evaluating the complex: Alternative models and measures for evaluating collaboration among substance use services with mental health, primary care and other services and sectors », *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, vol. 31, n° 1, 2014, p. 27–44.
- Sridharan, S., et A. Nakaima. « Ten steps to making evaluation matter », *Evaluation and Program Planning*, vol. 34, n° 2, 2011, p. 135–146. Consulté à l'adresse : http://torontoevaluation.ca/solutions/_downloads/pdf/A_epp%20ten%20steps.pdf



Appel à l'action

Les personnes ayant une expérience vécue, les familles et autres soutiens, les fournisseurs de services, les administrateurs et les décideurs ont tous un rôle à jouer dans l'application concrète des suggestions et des domaines clés décrits dans le présent document. Ils peuvent accélérer la dynamique de la collaboration en intervenant à l'échelle du pays, des systèmes et de la pratique. Certaines mesures sont déjà en place; d'autres sont présentées comme de futures possibilités. Elles font toutes intervenir divers secteurs et sont importantes et nécessaires à un changement fondamental des liens que nous entretenons entre nous et avec les personnes que nous servons.

À l'échelle du pays

Le partenariat établi entre les trois organismes qui ont mené à cette initiative conjointe – le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (CCLT), le Conseil exécutif canadien sur les toxicomanies (CECT) et la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) – est un exemple de collaboration en action. Ce partenariat témoigne du fait que les organismes reconnaissent la nécessité d'améliorer la collaboration entre les secteurs, et plus particulièrement entre la toxicomanie et la santé mentale. Les hauts dirigeants de ces organismes ont pris un engagement durable à promouvoir le partage et l'utilisation des conseils formulés dans le présent rapport de diverses façons, notamment :

- Faire connaître et promouvoir le présent document et les produits connexes en les rendant disponibles sur les sites Web du CCLT, du CECT et de la CSMC et en les présentant aux différents réseaux, conférences professionnelles et événements pertinents.
- Explorer des sources de financement pour favoriser l'échange de connaissances et l'action à l'occasion du Forum du leadership transformationnel, organisé une ou deux fois par année.
- Explorer des sources de financement pour définir et mesurer des indicateurs du progrès à court, moyen et long terme vers la collaboration. Il pourrait notamment s'agir de changements aux politiques et aux pratiques ainsi que d'une intensification des évaluations de nouvelles pratiques de collaboration.
- Envisager la création d'un répertoire en ligne où conserver des renseignements, des exemples de cas, et des données de recherche et d'évaluation sur la collaboration.
- Promouvoir les occasions de faire progresser les efforts collaboratifs au sein du CCLT, du CECT, de la CSMC et de leurs réseaux.
- Préparer et diffuser une trousse de communication permettant aux dirigeants de présenter le contexte et les faits saillants de ce document aux organismes locaux, à l'occasion de réunions de comités, de conférences et de tout autre événement dont les intervenants pourraient bénéficier de cette ressource.

En plus de ces engagements, d'autres organisations et groupes canadiens ont le rôle et la responsabilité de partager les conseils présentés dans ce document, de les promouvoir et de les soutenir. Il s'agit notamment :

- de ministères et d'organismes gouvernementaux;
- d'associations et d'organisations professionnelles;
- de groupes et d'organisations de défense des droits des consommateurs et des familles.



À l'échelle des systèmes

Tous les participants au Forum du leadership transformationnel organisé en mai 2013 ont pris l'engagement de s'appuyer sur les objectifs de cette initiative, de poursuivre sur l'élan généré par le Forum et de soutenir les efforts de collaboration dans leur milieu. Les dirigeants se sont engagés à plusieurs actions, dont certaines peuvent servir d'exemple aux intervenants intéressés :

- Faire connaître l'initiative et le présent document à l'échelle locale.
- Communiquer les leçons apprises (p. ex. stratégies efficaces de gestion du changement, gestion des questions relatives à la protection des renseignements personnels), des ressources et des outils issus de leurs efforts collaboratifs au répertoire national issu du partenariat entre le CCLT, le CECT et la CSMC et à l'occasion d'événements pertinents, comme les réunions de planification stratégique, les réunions de comités et les congrès.
- Intégrer une composante d'évaluation aux efforts collaboratifs et s'engager à en diffuser les résultats à un public plus large (p. ex. en les soumettant au répertoire national).
- Adopter un langage favorable aux efforts collaboratifs et promouvoir la collaboration à l'échelle locale.
- Transmettre le présent document à des personnes qui pourraient influencer les décisions.

À l'échelle de la pratique

Il existe de nombreuses occasions de faire la promotion de la collaboration à l'échelle locale de la pratique. Voici des exemples de mesures concrètes pouvant être prises par les clients et les fournisseurs de services :

Clients, familles et soutiens

- Transmettre le présent document aux fournisseurs de services et insister sur l'importance des principaux domaines dans l'expérience de traitement et de rétablissement.
- Transmettre le présent document au conseil consultatif des patients ou des clients et lui demander d'accorder la priorité à certaines mesures de mise en œuvre et de promotion.
- Faire part de ses propres expériences de soins relativement à la collaboration dans les différents secteurs de services et au sein de ceux-ci.
- Promouvoir une plus grande collaboration dans les domaines présentant des lacunes ou des possibilités évidentes.
- Promouvoir la participation des clients et des familles aux processus de planification et d'évaluation visant à élaborer des efforts collaboratifs et à en déterminer l'impact, notamment en ce qui a trait à la collaboration avec les clients, les familles et les soutiens.

Fournisseurs de services

- Distribuer ce document à ses coéquipiers, en présenter un aperçu et expliquer comment le contenu s'applique aux services offerts par le fournisseur.
- Évaluer les services en toxicomanie et en santé mentale offerts par votre organisme ou dont votre organisme est responsable et déterminer comment ces services peuvent être comparés aux concepts et aux principes décrits dans le présent document.



- Élaborer une stratégie pour créer ou améliorer des occasions de collaboration, notamment dans les secteurs des soins primaires et de la prestation de services.
- Examiner les services et déterminer quels sont les modèles de collaboration utilisés et ceux qui pourraient être mis en application, puis diffuser les leçons tirées pour les inclure dans le répertoire national.
- Passer en revue de façon systématique les suggestions et les exemples concrets présentés dans ce document en équipe, et repérer les possibilités de faire progresser la collaboration au sein des services en toxicomanie et en santé mentale.
- Faire le tour des services du point de vue du client en réfléchissant à des indicateurs, par exemple :
 - Lorsque les clients accèdent au service, leur pose-t-on des questions au sujet de leur consommation et de leur santé mentale?
 - Est-ce qu'on accueille bien les clients en leur assurant qu'ils sont bien au bon endroit?
 - Est-ce qu'on répond au même moment aux besoins des clients en matière de toxicomanie et de santé mentale, ainsi qu'à leurs autres besoins importants en santé?
- Recueillir les récits des clients sur leur expérience relativement au traitement et à d'autres services et les examiner au regard du présent document pour repérer les points à améliorer.
- Planifier et réaliser une évaluation de la collaboration (p. ex. une évaluation des coûts et des avantages de la collaboration, ainsi que des résultats comparatifs de différents modèles de collaboration) et veiller à ce que des clients et des familles participent à ces processus.
- Transmettre le présent document à des associations professionnelles provinciales et favoriser les discussions sur les façons et les moyens de soutenir ces efforts de collaboration chez tous les membres.

Résumé

Il a été établi que la collaboration constitue une pratique exemplaire pour répondre de façon plus efficace à une vaste gamme de problèmes de santé. Les services en toxicomanie et en santé mentale ne font pas exception : la présence simultanée de problèmes de toxicomanie et de santé mentale et de comorbidités physiques est chose courante et présente des difficultés particulières. On a noté au Canada une conjoncture très favorable à l'amélioration de la collaboration entre les secteurs de la toxicomanie et de la santé mentale à l'échelle du système, mais il semble que l'élaboration, l'évaluation, la documentation et l'échange de stratégies de collaboration efficaces à l'échelle de la pratique ne soient pas encore systématiques. Pour combler cette lacune, ce document présente des conseils et les principaux domaines d'action issus de la recherche ainsi que du leadership, des pratiques et de l'expérience vécue concernant la collaboration efficace, ainsi que les ingrédients clés et les façons dont on peut partager et appliquer ces connaissances.

Chacun, peu importe le secteur et l'échelon au sein duquel il travaille, a le rôle et la responsabilité de soutenir et de promouvoir la collaboration en vue d'améliorer l'accès aux services et les résultats pour les personnes atteintes de problèmes de toxicomanie et de santé mentale. Le présent document constituera une ressource précieuse et contribuera au parcours vers cet objectif.



Références

- Adair, C.E. *Concurrent Substance Use and Mental Disorders In Adolescents : A Review of the Literature on Current Science and Practice*, Alberta Centre for Child, Family and Community Research, 2009.
- Addington, D., T. Kyle, S. Desai et J.L. Wang. « Facilitators and barriers to implementing quality measurement in primary mental health care », *Canadian Family Physician*, vol. 56, n° 12, 2010, p. 1322–1331.
- Amato, L., M. Davoli, C.A. Perucci, M. Ferri, F. Faggiano et R.P. Mattick. « An overview of systematic reviews of the effectiveness of opiate maintenance therapies: Available evidence to inform clinical practice and research », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 28, n° 4, 2005, p. 321–329.
- Andrews, G., S. Henderson et W. Hall. « Overview of the Australian National Mental Health Survey: Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation », *British Journal of Psychiatry*, vol. 178, 2001, p. 145–153.
- Arah, O.A., N.S. Klazinga, D.M.J. Delnoij, A.H.A. Ten Asbroek et T. Custers. « Conceptual frameworks for health systems performance: A quest for effectiveness, quality, and improvement », *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 15, n° 5, 2003, p. 377–398.
- Assay, T.P., et M.J. Lambert. « The empirical case for the common factors in therapy: Qualitative findings », dans M.A. Hubble, B.L. Duncan et S.D. Miller (éds), *The Heart & Soul of Change: What Works in Therapy*, Washington (DC), American Psychological Association, 1999, p. 33–56.
- Babor, T.F., B.G. McRee, P.A. Kassebaum, P.L. Grimaldi, K. Ahmed et J. Bray. « Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT): toward a public health approach to the management of substance abuse », *Substance Abuse*, vol. 28, n° 3, 2007, p. 7–30.
- Babor, T.F., K. Stenius et A. Romelsjo. « Alcohol and drug treatment systems in public health perspective: Mediators and moderators of population effects », *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, vol. 17, n° S1, 2008, p. S50–S59.
- Barnaby, B., C. Drummond, A. McCloud, T. Burns et N. Omu. « Substance misuse in psychiatric inpatients: Comparison of a screening questionnaire survey with case notes », *British Medical Journal*, vol. 327, 2003, p. 783–784.
- Bohart, A.C., et K. Tallman. « Clients : The neglected common factor in psychotherapy », dans B.L. Duncan, S.D. Miller, B.E. Wampold et M.A. Hubble (éds), *The Heart & Soul of Change: Delivering What Works in Therapy* (2^e éd.), Washington (DC), American Psychological Association, 2010.
- Butler, M., R.L. Kane, D. McAlpine, R.G. Kathol, S.S. Fu, H. Hagedorn et T.J. Wilt. *Integration of Mental Health/Substance Abuse and Primary Care* (publication AHRQ n° 09-E003), Rockville, (MD), Agency for Healthcare Research and Quality, 2008.
- Butt, P., D. Beirness, L. Gliksman, C. Paradis et T. Stockwell. *L'alcool et la santé au Canada : résumé des données probantes et directives de consommation à faible risque*, Ottawa (Ont.), Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2011.
- Center for Substance Abuse Treatment. *Substance Abuse Treatment for Persons with Co-occurring Disorders* (n° 42 dans la série sur l'amélioration de protocoles de traitement), Rockville (MD), Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2005.



- Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. *Compétences pour les intervenants canadiens en toxicomanie*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2010.
- Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. *Dépistage de l'abus d'alcool, intervention rapide et orientation : Un guide clinique*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2012. Consulté à l'adresse : <http://www.sbir-diba.ca/>
- Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. *Réduire les méfaits liés à l'alcool au Canada : Vers une culture de modération – Recommandations en vue d'une stratégie nationale sur l'alcool*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2007.
- Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. *Toxicomanie au Canada : Troubles concomitants*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2009.
- Chalk, M., J. Dilonardo et S. Gelber Rinaldo. *Purchasing Integrated Services for Substance Use Conditions in Health Care Settings: An Issue Brief on Lessons Learned and Challenges Ahead – Forum On Integration*, 2011. Consulté à l'adresse : http://www.integration.samhsa.gov/clinical-practice/sbirt/Purchasing_Integrated_Service_for_Substance_Use_Conditions.pdf
- Chan, Y.F., M.L. Dennis et R.R. Funk. « Prevalence and comorbidity co-occurrence of major internalizing and externalizing disorders among adolescents and adults presenting to substance abuse treatment », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 34, 2008, p. 14–24.
- Collins, C., D.L. Hewson, R. Munger et T. Wade. *Evolving Models of Behavioral Health Integration in Primary Care*, New York (NY), Milbank Memorial Fund, 2010.
- Commission de la santé mentale du Canada. *Vers le rétablissement et le bien-être : Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada*, Calgary (Alb.), chez l'auteur, 2009.
- Corring, D., et J. Cook. « Client-centred care means that I am a valued human being », *Canadian Journal of Occupational Therapy*, vol. 66, 1999, p. 71–82.
- Costello-Wells, B., C.S. McFarland, J. Reed et K. Walton. « School-based mental health clinics », *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, vol. 16, n° 2, 2003, p. 60–70.
- Craven, M., et R. Bland. « Meilleures pratiques pour des soins de santé mentale axés sur la collaboration : Une analyse des données existantes », *La Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 51 (suppl. 1), 2006, p. 7S–72S.
- De Alba, I., J.H. Samet et R. Saitz. « Burden of medical illness in drug- and alcohol-dependent persons without primary care », *American Journal on Addictions*, vol. 13, n° 1, 2004, p. 33–45.
- DeGruy, F.V., et R.S. Etz. « Attending to the whole person in the patient-centered medical home: The case for incorporating mental healthcare, substance abuse care, and health behavior change », *Families, Systems & Health*, vol. 28, n° 4, 2010, p. 298–307.
- Dickey, B., S.L. Normand, R.D. Weiss, R.E. Drake et H. Azeni. « Medical morbidity, mental illness, and substance use disorders », *Psychiatric Services*, vol. 53, n° 7, 2002, p. 861–867.
- Donald, M., J. Dower et D. Kavanagh. « Integrated versus non-integrated management and care for clients with co-occurring mental health and substance use disorders: A qualitative systematic review of randomised controlled trials », *Social Science & Medicine*, vol. 60, 2005, p. 1371–1383.
- D'Onofrio, G., et L.C. Degutis. « Integrating project ASSERT: A screening, intervention, and referral to treatment program for unhealthy alcohol and drug use into an urban emergency department », *Academic Emergency Medicine*, vol. 17, n° 8, 2010, p. 903–911.



- Fixsen, D.L., K.A. Blase, S.F. Naoom et F. Wallace. « Core implementation components », *Research on Social Work Practice*, vol. 19, n° 5, 2009, p. 531–540.
- Fixsen, D.L., S.F. Naoom, K.A. Blase, R.M. Friedman et F. Wallace. *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*, Tampa (FL), University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, National Implementation Research Network, 2005.
- Gilbody, S., P. Bower, J. Fletcher, D. Richards et A.J. Sutton. « Collaborative care for depression: A cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes », *Archives of Internal Medicine*, vol. 166, 2006, p. 2314–2321.
- Gouvernement de l'Ontario. *Esprit ouvert, esprit sain : Stratégie ontarienne globale de santé mentale et de lutte contre les dépendances*, Toronto (Ont.), Imprimeur de la Reine, 2011.
- Graham, I.D., J. Logan, M.B. Harrison, S.E. Straus, J. Tetroe, W. Caswell et N. Robinson. « Lost in knowledge translation: Time for a map? », *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, vol. 26, 2006, p. 13–24.
- Groupe de travail sur la Stratégie nationale sur le traitement. *Approche systématique de la toxicomanie au Canada : Recommandations pour une stratégie nationale sur le traitement*, Ottawa (Ont.), Cadre national d'action pour réduire les méfaits liés à l'alcool et aux autres drogues et substances au Canada, 2008.
- Hoffman, K.A., C.A. Green, J.H. Ford, J.P. Wisdom, D.H. Gustafson et D. McCarty. « Improving quality of care in substance abuse treatment using five key process improvement principles », *Journal of Behavioral Health Services & Research*, vol. 39, n° 3, 2012, p. 234–244
- Hutchison, B., J.F. Levesque, E. Strumpf et N. Coyle. « Primary health care in Canada: Systems in motion », *Milbank Quarterly*, vol. 89, n° 2, 2011, p. 256–288.
- Institut canadien d'information sur la santé. *Services de santé mentale en milieu hospitalier pour maladie mentale avec troubles concomitants liés à la consommation de psychotropes au Canada*, Toronto (Ont.), chez l'auteur, 2013.
- Institute of Medicine. *Improving the Quality of Health Care for Mental and Substance-use Conditions*, Washington (DC), National Academies Press, 2006.
- Ivbijaro, G. (éd.). *Companion to Primary Care Mental Health*, Abingdon (Royaume-Uni), Radcliffe Medical Press, 2012.
- Jesseman, R., D. Brown et W. Skinner. « Care pathways for healing journeys », dans M. Herie et W. Skinner (éds), *Fundamentals of Addiction : A Practical Guide for Counsellors*, Toronto (Ont.), Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2013.
- Kaner, E.F., F. Beyer, H.O. Dickinson, E. Pienaar, F. Campbell, C. Schlesinger, ... B. Burnand. « Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 2, CD004148, 2007.
- Kates, N., G. Mazowita, F. Lemire, A. Jayabarathan, R. Bland, S. Selby, ... D. Audet. « L'évolution des soins de santé mentale en collaboration au Canada : Une vision d'avenir partagée », *La revue canadienne de psychiatrie*, vol. 56, n° 5, 2011, p. 1–10.
- Kessler, R.C., C.B. Nelson, K.A. McGonagle, M.J. Edlund, R.G. Frank et P.J. Leaf. « The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: Implications for prevention and service utilization », *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 66, n° 1, 1996, p. 17–31.
- Kitchiner, D., et P. Bundred. « Integrated care pathways », *Journal of Disease in Childhood*, vol. 75, 1996, p. 166–168.



- Koegl, C., et B. Rush. « Predictors of mismatched community mental health care among persons with co-occurring substance use and mental disorders », *Mental Health and Substance Use*, vol. 4, n° 4, 2011, p. 270–276.
- Kohn, R., S. Saxena, I. Levav et B. Sacareno. « The treatment gap in mental health care », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 82, n° 11, 2004, p. 858–866.
- Kranzler, H.R., R.M. Kadden, T.F. Babor et B.J. Rounsaville. « Longitudinal, expert, all data procedure for psychiatric diagnosis in patients with psychoactive substance use disorders », *Journal of Nervous and Mental Disorders*, vol. 182, 1994, p. 277–283.
- Madras, B.K., W.M. Compton, D. Avula, T. Stegbauer, J.B. Stein et H.W. Clark. « Screening, brief interventions, referral to treatment (SBIRT) for illicit drug and alcohol use at multiple healthcare sites: Comparison at intake and six months later », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 99, n° 1, 2009, p. 280–295.
- Mattick, R.P., C. Breen, J. Kimber et M. Davoli. « Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 3, CD002209, 2009.
- McCarty, D., D.H. Gustafson, J.P. Wisdom, J. Ford, D. Choi, T. Molfenter, V. Capoccia et F. Cotter. « The Network for the Improvement of Addiction Treatment (NIATx): Enhancing access and retention », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 88, n° 2–3, 2007, p. 138–145.
- McQueen, J., T.E. Howe, L. Allan, D. Mains et V. Hardy. « Brief interventions for heavy alcohol users admitted to general hospital wards », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 8, CD005191, 2011.
- Miller, W.R., et K.M. Carroll (éds). *Rethinking Substance Abuse: What the Science Shows, and What We Should Do about It*, New York (NY), Guilford Press, 2006.
- Miller, W.R., A.A. Forcehimes et A. Zweben. *Treating Addiction: A Guide for Professionals*, New York (NY), Guilford Press, 2011.
- Minkoff, K. « What is integration? Part II », *Journal of Dual Diagnosis*, vol. 3, n° 2, 2007, p. 149–158.
- Minkoff, K., et C.A. Cline. « Changing the world: The design and implementation of comprehensive continuous integrated systems of care for individuals with co-occurring disorders », *Psychiatric Clinics of North America*, vol. 27, n° 4, 2004, p. 727–743.
- Mitchell, A.J., N. Meader, V. Bird et M. Rizzo. « Clinical recognition and recording of alcohol disorders by clinicians in primary and secondary care: meta-analysis », *British Journal of Psychiatry*, vol. 201, 2012, p. 93–100.
- Mitchell, S.G., J. Gryczynski, K.E. O’Grady et R.P. Schwartz. « SBIRT for adolescent drug and alcohol use: Current status and future directions », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 44, 2013, p. 463–472.
- Norcross, J.C. « The therapeutic relationship », dans B.L. Duncan, S.D. Miller, B.E. Wampold et M.A. Hubble (éds), *The Heart and Soul of Change : Delivering What Works in Therapy* (2^e éd.), Washington (DC), American Psychological Association, 2010.
- Patton, M.Q. *Developmental Evaluation: Applying Complexity Concepts to Enhance Innovation and Use*, New York (NY), Guilford Press, 2011.
- Pignone, M.P., B.N. Gaynes, J.L. Rushton, C.M. Burchell, C.T. Orleans, C.D. Mulrow et K.N. Lohr. « Screening for depression in adults: A summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force », *Annals of Internal Medicine*, vol. 136, n° 10, 2002, p. 765–776.



- Protti, D. « Integrated care needs integrated information management and technology », *Healthcare Quarterly*, vol. 13, 2009, p. 24–29.
- RAND Europe et Ernst & Young. *National Evaluation of the Department of Health's Integrated Care Pilots*, Cambridge (Royaume-Uni), RAND Europe, 2012.
- Reimer, B., D. Reist, B. Rush et R. Bland. *Achieving Collaboration : System Level Supports and Actions* (document d'information pour le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies), Conseil exécutif canadien sur les toxicomanies et Commission de la santé mentale du Canada, 2013.
- Rush, B. « Tiered frameworks for planning substance use service delivery systems: Origins and key principles », *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, vol. 27, 2010, p. 617–636.
- Rush, B., et G. Chaim. *Screening and Assessment : The Case for a Collaborative Approach* (document d'information pour le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies), Conseil exécutif canadien sur les toxicomanies et Commission de la santé mentale du Canada, Ottawa (Ont.), Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2013.
- Rush, B., R. Hansson, Y. Cvetanova, A. Rotondi, A. Furlong et R. Behrooz. *Development of a Client Perception of Care Tool for Mental Health and Addictions: Qualitative, Quantitative, and Psychometric Analysis*, Toronto (Ont.), Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2013.
- Rush, B., et L. Nadeau. « Integrated service and system planning debate », dans D.B. Cooper (éd.), *Responding in Mental Health–Substance Use*, Oxford (Royaume-Uni), Radcliffe Publishing, 2011, p. 148–175
- Rush, B., et D. Reist. *Collaborative Mental Health and Addiction Service Delivery : Introduction and Background* (document d'information pour le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies), Conseil exécutif canadien sur les toxicomanies et Commission de la santé mentale du Canada, Ottawa (Ont.), Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2013.
- Rush, B., N.K. Rotondi, N. Chau, A. Furlong, A. Godinho, C. Schell, C. Kwong et S. Ehtesham. *Drug Treatment Funding Program Client Recovery Monitoring Project*, Toronto (Ont.), Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2013.
- Rush, B.R. « Addiction assessment and treatment planning in developing countries », dans N. El-Guebaly, M. Galanter et G. Carra (éds), *Textbook of Addiction Treatment : International Perspectives*, Springer, sous presse.
- Rush, B.R. « Evaluating the complex: Alternative models and measures for evaluating collaboration among substance use services with mental health, primary care and other services and sectors », *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, vol. 31, n° 1, 2014, p. 27–44.
- Rush, B.R., et C. Koegl. « Prevalence and profile of people with co-occurring mental and substance use disorders within a comprehensive mental health system », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 53, n° 12, 2008, p. 810–821.
- Rush, B.R., K. Urbanoski, D. Bassani, S. Castel, T.C. Wild, C. Strike, D. Kimberley et J. Somers. « Prevalence of co-occurring mental and substance use disorders in the Canadian population », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 53, n° 12, 2008, p. 800–809.
- Santé Canada. *Meilleures pratiques – Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2002.
- Schmidt, L.A., T. Rieckmann, A. Abraham, T. Molfenter, V. Capoccia, P. Roman, D.H. Gustafson et D. McCarty. « Advancing recovery: Implementing evidence-based treatment for substance use disorders at the systems level », *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, vol. 73, 2012, p. 413–422.



- Schrijvers, G., A. Hoorn et N. Huiskes. « The care pathway concept: Concepts and theories: An introduction », *International Journal of Integrated Care*, vol. 12, 2012, p. e92.
- Selby, P., W. Skinner, W. Reist et A. Ivanova. *Collaborative Care Pathways for Treatment and Recovery* (document d'information pour le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies), Conseil exécutif canadien sur les toxicomanies et Commission de la santé mentale du Canada, Ottawa (Ont.), Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2013.
- Services de santé de l'Alberta. *2010–2015 Health Plan : Improving Health for All Albertans*, Edmonton (Alb.), chez l'auteur, 2010.
- Shapiro, S., E.A. Skinner, L.G. Kessler, M. Von Korff, P.S. German, D.L. Tischler, ... D.A. Regier. « Utilization of health and mental health services: Three epidemiologic catchment area sites », *Archives of General Psychiatry*, vol. 41, n° 10, 1984, p. 971–978.
- Sharrock, J., M. Grigg, B. Happell, B. Keeble-Devlin et S. Jennings. « The mental health nurse: A valuable addition to the consultation-liaison team », *International Journal of Mental Health Nursing*, vol. 15, n° 1, 2006, p. 35–43.
- Skinner, W., et M. Herie. « Biopsychosocial plus: A practical approach to treatment and recovery », dans M. Herie et W. Skinner (éds), *Fundamentals of Addiction : A Practical Guide for Counsellors*, Toronto (Ont.), Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2013.
- Sridharan, S., et A. Nakaima. « Ten steps to making evaluation matter », *Evaluation and Program Planning*, vol. 34, n° 2, 2011, p. 135–146.
- Stang, P., N. Brandenburg, M. Lane, K.R. Merikangas, M. Von Korff et R.C. Kessler. « Mental and physical comorbid conditions and days in role among persons with arthritis », *Psychosomatic Medicine*, vol. 68, n° 1, 2006, p. 152–158.
- Stewart, M. « Towards a global definition of patient centred care », *British Medical Journal*, vol. 322, n° 7284, 2001, p. 444–445.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *Report to Congress, U.S. Department of Health and Human Services*, 2002.
- Urbanoski, K., B.R. Rush, T.C. Wild, D. Bassani et C. Castel. « The use of mental health care services by Canadians with co-occurring substance dependence and mental illness », *Psychiatric Services*, vol. 58, n° 7, 2007, p. 962–969.
- Virgo, N., G. Bennett, D. Higgins, L. Bennett et P. Thomas. « The prevalence and characteristics of co-occurring serious mental illness (SMI) and substance abuse or dependence in the patients of Adult Mental Health and Addiction Services in eastern Dorset », *Journal of Mental Health*, vol. 10, n° 2, 2001, p. 175–188.
- Voyandoff, P. « A family perspective on services integration », *Family Relations*, vol. 44, n° 1, 1995, p. 63–68.
- Wagner, E.H. « Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness? », *Effective Clinical Practice*, vol. 1, n° 1, 1998, p. 2–4.
- Watkins, K., H.A. Pincus et T. Tanielian. *Evidence Based Care Models for Recognizing and Treating Alcohol Problems in Primary Care Settings*, Santa Monica (CA), RAND, 2001.
- Weaver, T., P. Madden, V. Charles, G. Stimson, A. Renton, T. Tyrer, ... C. Ford. « Comorbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services », *British Journal of Psychiatry*, vol. 183, 2003, p. 304–313.



Wei, Y., S. Kutcher et M. Szumilas. « Comprehensive school mental health: An integrated “school-based pathway to care” model for Canadian secondary schools », *McGill Journal of Education*, vol. 46, n° 2, 2011, p. 213–229.

White, W.L. « Recovery/remission from substance use disorders: An analysis of reported outcomes in 415 scientific reports, 1868–2011 », Rockville (MD), Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2012.

Yakimo, R., L.H. Kurlowicz et R.B. Murray. « Evaluation of outcomes in psychiatric consultation-liaison nursing practice », *Archives of Psychiatric Nursing*, vol. 18, n° 6, 2004, p. 215–227.



Annexe A : Participants au Forum du leadership transformationnel

2 et 3 mai 2013, Toronto

	Nom	Titre	Organisation	Ville, Province
1	Monica Bull	Consultante en accès et efficacité clinique	Division de la santé mentale et des dépendances, ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador	St John's, T.-N.-L.
2	Margaret Kennedy	Directrice, Services de santé mentale et de toxicomanie	Ministère de la Santé de l'Île-du-Prince-Édouard	Charlottetown, Î.-P.-É.
3	Linda Courey	Directrice, Services de santé mentale et de toxicomanie	Régie régionale de la santé Cape Breton	Sydney, N.-É.
4	Elaine Campbell	1. Membre du conseil d'administration 2. Travailleuse sociale clinique	1. Association canadienne des travailleurs sociaux 2. Nouvelle-Écosse	Onslow, N.-É.
5	Barb Whitenect	Directrice générale, Santé mentale et traitement des dépendances	Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick	Fredericton, N.-B.
6	Catherine McPherson-Doe	Gestionnaire des services de santé mentale	Hamilton Family Health Team	Hamilton, Ont.
7	Dr Tony George	1. Directeur médical, Traitement des maladies mentales complexes 2. Représentant	1. Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) 2. Section toxicomanies, Association des psychiatres du Canada	Toronto, Ont.
8	David Kelly	Directeur général	Fédération des programmes communautaires de santé mentale et de traitement des toxicomanies de l'Ontario	Toronto, Ont.
9	Neill Carson	Directeur général	Programme Soins ambulatoires et traitements structurés, CAMH	Toronto, Ont.
10	Anne Bowlby	Gestionnaire	Unité de la santé mentale et des dépendances, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario	Toronto, Ont.
12	Aseefa Sarang	1. Directrice exécutive 2. Membre du comité	1. Across Boundaries 2. Comité consultatif national, At Home/Chez Soi	Toronto, Ont.
13	Dre Sharon Cirone	Représentante	Le Collège des médecins de famille du Canada	Toronto, Ont.
14	Catherine Willinsky	Gestionnaire des programmes et projets nationaux	Société canadienne de la schizophrénie	Toronto, Ont.
15	Kim Wilson	Directrice générale	Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées	Toronto, Ont.



	Nom	Titre	Organisation	Ville, Province
16	Vicky Huehn	1. Présidente 2. Directrice générale	1. Réadaptation psychosociale Canada 2. Services communautaires de santé mentale et de lutte contre les dépendances de Frontenac	Kingston, Ont.
17	Dave Gallson	1. Coprésident 2. Adjoint du directeur général national	1. Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale 2. Société pour les troubles de l'humeur du Canada	North Bay, Ont.
18	Jim Cincotta	Conseiller principal en politiques	Inuit Tapiriit Kanatami	Ottawa, Ont.
19	Ian Manion	Directeur général	Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents	Ottawa, Ont.
20	Mark Ferdinand	Directeur national, Politiques publiques	Association canadienne pour la santé mentale	Ottawa, Ont.
21	Rose Sones	Gestionnaire	Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits	Ottawa, Ont.
22	Tina LeClair	Directrice générale	Section de lutte contre les dépendances, ministère de la Vie saine, des Aînés et de la Consommation du Manitoba	Winnipeg, Man.
23	Kathy Willerth	Directrice	Services de santé mentale et de toxicomanie, ministère de la Santé de la Saskatchewan	Regina, Sask.
24	Colleen Dell	Titulaire de la chaire de recherche en toxicomanie	Université de la Saskatchewan	Saskatoon, Sask.
25	Terry Gudmundson	Conseillère spéciale au sous-ministre	Ministère de la Santé de la Saskatchewan	Regina, Sask.
26	Brett Enns	Directeur régional	Services communautaires du centre de santé mentale, région sanitaire de Prince Albert Parkland	Regina, Sask.
27	Silvia Vajushi	Directrice exécutive	Santé communautaire, ministère de la Santé de l'Alberta	Edmonton, Alb.
28	Tom Shand	Directeur exécutif	Division de l'Alberta, Association canadienne pour la santé mentale	Edmonton, Alb.
29	Shannon Griffin	Directrice	Planification et développement stratégique & planification des stratégies pour les Services de santé mentale et de toxicomanie de la C.-B., un organisme de l'Autorité provinciale en matière de services de santé	Vancouver, C.-B.
30	Bill Nelles	Participant à titre individuel		Vancouver, C.-B.
31	Amanee Elchehimi	Représentante	Conseil des jeunes de la Commission de la santé mentale du Canada	Vancouver, C.-B.
32	Barbara Lacey	Gestionnaire chargée de formation clinique	Services communautaires de santé mentale et services aux adultes, Administration des services de santé et des services sociaux de Yellowknife	Yellowknife, T.N.-O.
34	Marie Fast	Gestionnaire	Santé mentale, ministère de la Santé et des Affaires sociales du Yukon	Whitehorse, Yn
35	Brian Rush	Conseil consultatif scientifique		Toronto, Ont.
36	Peter Selby	Conseil consultatif scientifique		Toronto, Ont.



	Nom	Titre	Organisation	Ville, Province
37	Gloria Chaim	Conseil consultatif scientifique		Toronto, Ont.
38	Wayne Skinner	Conseil consultatif scientifique		Toronto, Ont.
39	Peter Butt	Conseil consultatif scientifique		Saskatoon, Sask.
41	April Furlong	Consultante – Conseil consultatif scientifique		Toronto, Ont.
42	Rita Notarandrea	Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (CCLT)/Comité directeur		Ottawa, Ont.
43	Paula Robeson	CCLT		Ottawa, Ont.
44	Cheryl Arratoon	CCLT		Ottawa, Ont.
45	Francine Knoops	Commission de la santé mentale du Canada (CSMC)/Comité directeur		Ottawa, Ont.
46	Barry Andres	Conseil exécutif canadien sur les toxicomanies (CECT)/Comité directeur		Edmonton, Alb.
47	Beverley Clarke	CECT /Comité directeur		St. John's, T.-N.-L.
48	Louise Bradley	Présidente et directrice générale	CSMC	Ottawa, Ont.
49	Michel Peron	Premier dirigeant	CCLT	Ottawa, Ont.



Annexe B : Modèle de soins par paliers

Un cadre de soins par paliers a été mis au point par le National Health Service [service national de la santé] du Royaume-Uni pour le traitement de la dépression dans le but de diriger les personnes souffrant de dépression vers les services les plus appropriés, afin de répondre à leurs besoins en fonction des caractéristiques de leur affection et de leur réalité personnelle et sociale. Les personnes entrent dans le cheminement clinique à des paliers différents selon la gravité de leurs problèmes et de leurs antécédents — les paliers inférieurs sont associés aux services pour des problèmes moins graves. En gravissant les paliers, les interventions sont de plus en plus complexes, pour répondre à des problèmes dont la complexité est croissante. Les patients passent d'un palier à l'autre en fonction de leurs besoins et des progrès réalisés quant à l'atteinte des objectifs de rétablissement (voir la figure 3). Comme le modèle de soins des maladies chroniques, le modèle de soins par paliers est surtout axé sur la prestation de services et l'offre de soutiens dans le cadre du système de santé et ne tient pas nécessairement compte des autres services et soutiens visant plus largement les déterminants sociaux de la santé qui sont implicites dans le parcours de rétablissement des clients.

Figure 3 : Modèle de soins par paliers

Étape 5	Équipes de crise, de soins aux patients hospitalisés	Menace à la vie, négligence grave de soi	Pharmacothérapie, traitements combinés, électrochocs
Étape 4	Spécialistes de la santé mentale, dont les équipes de crise	Dépression réfractaire au traitement, récurrente, atypique et psychotique, et personnes qui courent un risque important de ce type de dépression	Pharmacothérapie, interventions complexes de nature psychologique, traitements combinés
Étape 3	Travail en collaboration des secteurs des soins primaires et secondaires Équipe de soins primaires, travailleur en santé mentale des soins primaires	Dépression modérée ou grave	Pharmacothérapie, interventions de nature psychologique, soutien social
Étape 2	Équipe de soins primaires, travailleur en santé mentale des soins primaires	Dépression légère	Attente sous surveillance, auto-assistance dirigée, TCC par ordinateur, exercice, interventions rapides de nature psychologique
Étape 1	Médecin généraliste, infirmière praticienne	Reconnaissance	Évaluation

Adapté des lignes directrices du UK National Institute for Health and Care Excellence (NICE)

Étape 1 : Reconnaissance du problème dans les soins primaires et en milieu hospitalier.

Étape 2 : Traitement de la dépression légère dans les soins primaires.

Étape 3 : Traitement de la dépression modérée à grave dans les soins primaires.

Étape 4 : Traitement de la dépression par des spécialistes de la santé mentale.

Étape 5 : Traitement de la dépression avec hospitalisation.

