



Canadian  
Collaborative  
Mental Health  
Initiative

Initiative  
canadienne de  
collaboration en  
santé mentale

Établissant des initiatives axées sur la collaboration entre les services de soins de santé mentale et les services de soins de santé primaires pour les *personnes ayant des problèmes de toxicomanie*

Un document d'accompagnement pour la trousse d'outils de l'ICCSM sur la planification et la mise en œuvre pour les prestataires de soins de santé et les planificateurs

PRESTATAIRES ET PLANIFICATEURS

**GROUPE D'EXPERTS POUR LES PERSONNES AYANT  
DES PROBLÈMES DE TOXICOMANIE**  
Groupe chargé de l'élaboration de cette trousse d'outils

**Julian Somers, Ph.D., RPsych (Directeur)**  
UBC, Vancouver, BC

**David Marsh, MD**  
Vancouver Coastal Health Authority, Vancouver, BC

**Brian Rush, Ph.D.**  
Centre de toxicomanie et de santé mentale, Toronto, ON

**Patrick Smith, Ph.D.**  
Provincial Health Services Authority of BC, Vancouver, BC

**Phil Upshall, B.Com., LLB**  
La Société pour les troubles de l'humeur du Canada, Guelph, ON

Pour de plus amples renseignements, veuillez  
communiquer par courriel au [info@iccsm.ca](mailto:info@iccsm.ca)  
ou communiquez avec le Dr Julian Somers à  
l'adresse [jsomers@interchange.ubc.ca](mailto:jsomers@interchange.ubc.ca).



**GROUPE DE TRAVAIL SUR LA SÉRIE TROUSSES D'OUTILS**  
Groupe chargé de l'élaboration de la série Trousses d'outils à  
l'intention des prestataires et planificateurs de soins de santé

Sari Ackerman, Hamilton HSO Mental Health & Nutrition Program  
Karen Cohen, représentante de la Société canadienne de psychologie au sein du Comité directeur de l'ICCSM  
Anne Marie Crustolo, Hamilton HSO Mental Health & Nutrition Program  
Martha Donnelly, University of British Columbia (codirectrice à la conception de la série Trousses d'outils)  
Scott Dudgeon, membre du Comité directeur et du secrétariat de l'ICCSM  
Marie-Anik Gagné, membre du secrétariat de l'ICCSM  
David Gardner, représentant de l'Association des pharmaciens du Canada au sein du Comité directeur de l'ICCSM  
Nick Kates, représentant de l'Association des psychiatres du Canada au sein du Comité directeur de l'ICCSM (codirecteur à la conception de la série Trousses d'outils)  
Denise Kayto, représentante de la Fédération canadienne des infirmières et infirmiers en santé mentale au sein du Comité directeur de l'ICCSM  
Francine Lemire, représentante du Collège des médecins de famille du Canada au sein du Comité directeur de l'ICCSM  
Susan Ross, Susan E. Ross and Associates  
Zena Simces, Zena Simces and Associates  
Phil Upshall, représentant de l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale au sein du Comité directeur de l'ICCSM

**GESTIONNAIRES DE PROJET**  
Sari Ackerman, Hamilton HSO  
Mental Health & Nutrition Program  
Susan Ross, Susan E. Ross and  
Associates  
Zena Simces, Zena Simces and  
Associates

**RÉDACTRICE**  
Sari Ackerman, Hamilton HSO  
Mental Health & Nutrition Program

**REMERCIEMENTS**

Les auteurs tiennent à souligner la contribution des membres du Comité directeur de l'ICCSM qui ont travaillé à l'identification des répondants clés et à remercier les initiateurs de ce projet qui ont investi de leur temps et de leurs énergies dans la rédaction de la description de leurs initiatives de collaboration.

**CITATION SUGGÉRÉE**

Initiative canadienne de collaboration en santé mentale. Établissant des initiatives axées sur la collaboration entre les services de soins de santé mentale et les services de soins de santé primaires pour les personnes ayant des problèmes de toxicomanie. Un document d'accompagnement pour la trousse d'outils de l'ICCSM sur la planification et la mise en œuvre pour les prestataires de soins de santé et les planificateurs. Mississauga, Ont. : Initiative canadienne de collaboration en santé mentale; février 2006. Disponible au [www.iccsm.ca](http://www.iccsm.ca)


Droit d'auteur © 2006 Initiative canadienne de collaboration en santé mentale  
ISBN 1-897268-18-1

Ce rapport est disponible en français et en anglais.  
This document is available in English and French.

Secrétariat de l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale  
a/s Le Collège des médecins de famille du Canada  
2630 avenue Skymark, Mississauga, Ont.  
L4W 5A4  
Tél. : 905-629-0900  
Télec. : 905-629-0893  
Courriel : [info@iccsm.ca](mailto:info@iccsm.ca)  
Site Web : [www.iccsm.ca](http://www.iccsm.ca)

Ce document a été rédigé à la demande du Secrétariat de l'ICCSM. Les opinions exprimées dans cette publication ne reflètent pas nécessairement le point de vue officiel des organisations membres du Comité directeur ou de Santé Canada.

Le financement de l'ICCSM provient du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires de Santé Canada.



Établissant des initiatives  
axées sur la collaboration  
entre les services de soins  
de santé mentale et les  
services de soins de santé  
primaires pour les *personnes  
ayant des problèmes de  
toxicomanie*

Un document d'accompagnement  
pour la trousse d'outils de l'ICCSM  
sur la planification et la mise en  
œuvre pour les prestataires de soins  
de santé et les planificateurs

Une trousse d'outils

Février 2006

# NOTRE OBJECTIF

---

L'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale (ICCSM) s'efforce d'améliorer la santé mentale et le bien-être des Canadiens en renforçant les liens et la collaboration entre les prestataires de soins de santé, les usagers, les familles et les aidants naturels, et en facilitant l'accès des usagers à des services de prévention, de promotion de la santé, de traitement, d'intervention et de réadaptation dans le contexte des soins de santé primaires.

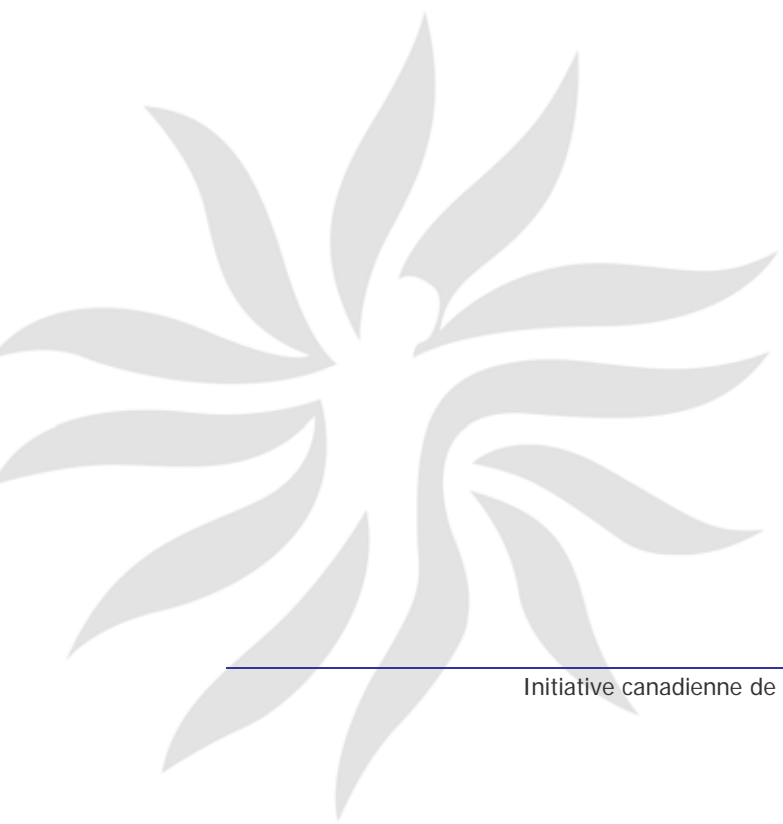
## Table des matières

<b>Préface</b> .....	<b>i</b>
<b>Sommaire</b> .....	<b>iv</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>1</b>
Définir la population .....	2
<b>Leçons tirées de la documentation</b> .....	<b>5</b>
Modèles et initiatives axés sur la collaboration .....	6
<b>Éléments clés et principes fondamentaux des soins de santé mentale axés sur la collaboration</b> .....	<b>9</b>
Accessibilité .....	9
Structures de collaboration .....	10
Richesse de la collaboration .....	13
Système centré sur l'utilisateur .....	14
Cohérence des politiques, de la législation et des structures de financement .....	15
Fonds suffisants .....	16
Recherche basée sur des données probantes .....	17
Besoins communautaires .....	18
<b>Planification et mise en œuvre</b> .....	<b>19</b>
Huit étapes pour mettre en œuvre des soins axés sur la collaboration pour les personnes ayant des problèmes de toxicomanie .....	19
<b>Problèmes clés à considérer</b> .....	<b>21</b>
<b>Références et lectures connexes</b> .....	<b>23</b>
<b>Annexe A : Processus de consultation</b> .....	<b>29</b>
<b>Annexe B : Outils et ressources</b> .....	<b>31</b>
<b>Annexe C : Glossaire des termes et Index des acronymes</b> .....	<b>35</b>

Établissant des initiatives axées sur la collaboration entre les services de soins de santé mentale  
et les services de soins de santé primaires pour les personnes ayant des problèmes de toxicomanie  
Un document d'accompagnement pour la trousse d'outils de l'ICCSM sur la planification  
et la mise en œuvre pour les prestataires de soins de santé et les planificateurs

*Personnes ayant des problèmes de toxicomanie*

---



## Préface

### Voici la série de trousse d'outils de l'ICCSM!

L'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale (ICCSM) est dirigée par 12 organismes nationaux représentant des services communautaires, des usagers, des familles et des aidants naturels, des groupes d'entraide, des diététistes, des médecins de famille, des infirmières et infirmiers, des ergothérapeutes, des pharmaciens, des psychiatres, des psychologues et des travailleuses et travailleurs sociaux. Financée par l'entremise du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires de Santé Canada, l'ICCSM a pour objectif d'améliorer la santé mentale et le bien-être des Canadiennes et des Canadiens en améliorant la collaboration entre les prestataires de soins de santé mentale et primaires, les usagers, les familles et les aidants naturels.

Les trousse d'outils de l'ICCSM comprennent des outils pratiques visant à :

- assister les prestataires de soins et les planificateurs dans la mise en œuvre d'initiatives de collaboration;
- aider les usagers en santé mentale et les membres de leur famille à comprendre la maladie mentale et à travailler avec les autres membres de l'équipe de soins; et
- informer les éducateurs des bienfaits de la formation interprofessionnelle et à fournir des outils afin d'informer sur les soins de santé mentale axés sur la collaboration.

Chaque trousse d'outils a été élaborée par un groupe d'experts interprofessionnels et guidée par un groupe de travail représentant un certain nombre de groupes d'intervenants clés. Nous espérons que les lecteurs de toute trousse d'outils de la série les recommanderont à d'autres personnes (p. ex., les usagers référant les trousse d'outils à leurs prestataires de soins et vice versa).

En plus de cette série de 12 trousse d'outils, l'ICCSM a élaboré une Charte des principes et des engagements qui influencera l'avenir des soins de santé mentale au Canada ainsi qu'une série de rapports qui reproduisent l'état actuel des soins de santé mentale axés sur la collaboration. Les rapports soulignent les problèmes de ressources humaines en matière de santé, fournissent une bibliographie annotée, résument les meilleures pratiques, révisent les initiatives provenant de partout au pays et résument la réforme provinciale et territoriale en soins de santé mentale et primaires. Ces documents ont guidé la conception des trousse d'outils et sont disponibles au [www.iccsm.ca](http://www.iccsm.ca).

### Trousses d'outils de mise en œuvre

*Collaboration entre les services de soins de santé mentale et les services de soins de santé primaires : Une trousse d'outils sur la planification et la mise en œuvre pour les prestataires de soins de santé et les planificateurs* est un guide pour les prestataires de soins qui souhaitent mettre en œuvre ou améliorer les services de santé mentale qu'ils fournissent par l'entremise de la collaboration. Cette trousse d'outils générale offre aux lecteurs un guide sur tous les aspects de la planification, de la mise en œuvre et de l'évaluation d'une

initiative de soins de santé mentale axés sur la collaboration, ce qui implique d'évaluer les besoins, de fixer des objectifs, de développer un budget, de former une équipe, de veiller au bon fonctionnement de l'équipe, de gérer les changements et de surveiller l'évolution de l'initiative.

Huit trousse d'outils ciblant une population spécifique et intitulées *Établissant des initiatives axées sur la collaboration entre les services de soins de santé mentale et les services de soins de santé primaires* ont été conçues afin d'être utilisées conjointement avec la trousse d'outils générale. Elles offrent des conseils permettant d'adapter la trousse d'outils générale aux Autochtones, aux enfants et aux adolescents, aux populations ethno-culturelles, aux populations rurales et isolées, aux personnes âgées, aux personnes atteintes d'une maladie mentale grave, à celles ayant des problèmes de toxicomanie et aux populations urbaines marginalisées. Il y a un certain chevauchement entre les trousse d'outils. Par exemple, les renseignements sur les soins de santé mentale axés sur la collaboration et les sans-abri se retrouvent dans au moins trois trousse d'outils, soit dans celle pour les personnes atteintes d'une maladie mentale grave, celle pour les personnes ayant des problèmes de toxicomanie ainsi que dans la trousse spécifique aux populations urbaines marginalisées. Les lecteurs sont encouragés à considérer toutes les trousse d'outils qui peuvent s'avérer pertinentes à leurs besoins.

Les trousse d'outils, tant la trousse générale que celles spécifiques aux populations, ne sont pas conçues en tant que guides pour les pratiques cliniques, mais dans le but d'offrir des conseils pratiques sur les différents aspects de la mise en œuvre réussie d'initiatives axées sur la collaboration.

### **Trousses d'outils pour les usagers, les familles et les aidants naturels**

Les usagers, les familles et les aidants naturels ont élaboré ces deux trousse d'outils pour les usagers et leurs êtres aimés.

*Travaillant ensemble vers le rétablissement : les usagers, les familles, les aidants naturels et les prestataires de soins* est conçue pour tous les usagers, les familles et les aidants naturels qui désirent en savoir davantage sur la santé mentale et la maladie mentale, sur la façon d'accéder aux services et sur le type de professionnels qui peuvent les accompagner dans leur rétablissement. Cette trousse d'outils offre aussi un aperçu des thérapies complémentaires et des soins personnels ainsi que les contributions et les besoins des aidants naturels. Enfin, cette trousse d'outils comprend un guide permettant de « s'impliquer » qui décrit la façon dont le gouvernement et les conseils d'administration travaillent et pourquoi les usagers et les familles devraient participer.

*Vers le rétablissement : Guide de santé mentale pour les peuples des Premières Nations* est une trousse d'outils qui offre une vue d'ensemble de base de la santé mentale et de la maladie mentale accompagnée d'une section contextuelle exposant les grandes lignes de l'impact des conditions historiques, sociales, économiques et politiques sur la santé mentale de ces

peuples. On trouve des outils dans cette trousse permettant de favoriser les soins holistiques.

### **Trousse d'outils pour les éducateurs**

*Renforcer la collaboration par la formation interprofessionnelle : Une ressource pour la collaboration entre les éducateurs en santé mentale* sert de ressource de formation afin d'offrir une assistance lors de la mise en œuvre des initiatives et des programmes de formation qui font la promotion des soins de santé mentale axés sur la collaboration dans des contextes de soins de santé primaires. La trousse d'outils cible les promoteurs de programmes de formation dans les organismes de réglementation, les associations professionnelles, les autorités régionales de la santé, les équipes de santé familiale, les ministères et les éducateurs dans les contextes de formation (universités et collèges) et de prestation de soins.

Cette trousse d'outils met l'accent sur l'importance de la formation interprofessionnelle dans la promotion des soins axés sur la collaboration. La trousse offre quatre études de cas et plusieurs activités accompagnées d'un exemple de plan de leçon et d'autres outils utiles afin d'aider les éducateurs dans la mise en œuvre d'événements de formation.

## Sommaire

### Introduction

Les problèmes impliquant les drogues et l'alcool sont invariablement interreliés avec un large éventail de facteurs sociaux et de santé, nécessitant ainsi une perspective intégrée sur la prévention et les soins. Alors qu'il existe des preuves considérables à l'effet que les prestataires de soins de santé primaires peuvent avoir un impact positif sur la toxicomanie au sein de leur contexte de pratique, les faibles taux de dépistage et de traitement par l'entremise des soins de santé primaires soulignent le besoin pour une meilleure coordination et collaboration dans la prestation des soins.

L'objectif de cette trousse d'outils est de décrire les possibilités pour accélérer le transfert des connaissances et l'amélioration des soins pour les personnes ayant des problèmes de toxicomanie par l'entremise d'une collaboration interprofessionnelle accrue. Parmi les faits saillants de cette trousse, mentionnons les neuf problèmes clés à considérer, les huit étapes pour mettre en œuvre des soins axés sur la collaboration pour cette population ainsi que des outils et ressources clés.

### Définir la population

Cette trousse d'outils met l'accent sur les personnes ayant des problèmes de toxicomanie provenant de l'usage de drogues licites et illicites. L'usage de substances psychoactives incluant l'alcool, le tabac et les drogues illicites a contribué à 12,4% des décès dans le monde en l'an 2000 (Organisation mondiale de la santé, 2002). On estime que l'alcool seul est responsable de 4% du fardeau mondial de la maladie.

### Processus de consultation

Un groupe d'experts représentant diverses professions à travers le Canada a été formé. On a mené une étude approfondie sur les soins de santé axés sur la collaboration dans d'autres juridictions, incluant au Royaume-Uni, et sur les informations fournies par les trois groupes interprofessionnels qui dirigent actuellement la mise en œuvre de soins de santé axés sur la collaboration en Colombie-Britannique et au Yukon. De plus, un groupe de réflexion s'est réuni durant un congrès à Whitehorse pour soutenir la mise en œuvre régionale des soins de santé primaires axés sur la collaboration pour les problèmes de toxicomanie.

### Messages clés

- **Améliorer l'accès au traitement** nécessitera non seulement une augmentation de la disponibilité des services, mais aussi un changement dans les pratiques mises en œuvre lorsque le seuil des soins a été franchi. Un dépistage universel est nécessaire pour identifier les besoins de santé reliés à la toxicomanie parce que, souvent, les personnes aux prises avec ces problèmes (ou à risque) ne se présentent pas pour un traitement de toxicomanie proprement dit. Par conséquent, un dépistage universel est nécessaire pour identifier les besoins de santé reliés à la toxicomanie. Les

professionnels et les usagers ont besoin d'un plus grand accès à l'information portant sur les meilleures pratiques. L'administration des services doit aussi être réformée afin que les usagers aient accès à un ensemble de soutiens de soins santé primaires qui sont appropriés pour eux.

- Une communauté canadienne donnée peut avoir une douzaine d'agences ou plus qui fournissent des services pour les problèmes de toxicomanie. **Il y a un besoin de clarification des rôles, des responsabilités et des champs d'activités** entre les services de soins de santé primaires et les autres contextes de services, ainsi qu'un besoin d'établir des pratiques et des stratégies de documentation pouvant être mises en œuvre de façon constante au sein de plusieurs services (p. ex., des approches de dépistage et d'évaluation complémentaires). On devrait aussi envisager le développement d'une base d'expertise commune chez les prestataires de soins de santé qui pourrait être augmentée par des habiletés spécialisées particulières.
- **Tout traitement réussi pour des problèmes de toxicomanie est centré sur l'utilisateur.** Les soins centrés sur l'utilisateur peuvent être organisés autour des principes d'opportunité, de justesse, de continuité et d'inclusion des services. Une collaboration efficace nécessite que l'information pertinente voyage plus vite que l'utilisateur. Les professionnels de la santé devraient examiner la possibilité d'harmoniser les pratiques relatives à la vérification et à l'échange d'information (p. ex., le consentement éclairé) de façon à ce que chaque professionnel dispose d'un dossier de santé complet et que les demandes faites aux usagers soient minimisées (p. ex., raconter leur histoire à différents prestataires).
- **Les politiques et la législation peuvent nécessiter une réforme afin de soutenir les modèles de soins axés sur la collaboration.** Les prestataires de soins de santé peuvent jouer un rôle important dans l'identification des réformes de politiques nécessaires. Les secteurs de réforme possibles incluent les politiques concernant la désaccoutumance du tabac, la conduite avec les facultés affaiblies et le traitement de maintien à la méthadone, de même que les pratiques concernant le consentement éclairé, le partage d'information sur les usagers et la tenue de dossiers.
- **La pratique intégrée est freinée par un manque de financement intégré.** La motivation pour créer des soins de santé primaires axés sur la collaboration pour la toxicomanie doit suivre un plan stratégique, et le financement doit être alloué de façon à soutenir le plan stratégique, ce qui comprend l'intégration de médecins et d'autres services de santé, la formation interprofessionnelle et d'autres soutiens tels que la recherche sur l'efficacité et les systèmes d'information communs.

- **Les soins de santé axés sur la collaboration basés sur des données probantes doivent être développés et raffinés grâce à une évaluation continue et significative.** Cela requiert des partenariats continus entre les cliniciens, les responsables des politiques, les administrateurs et les chercheurs.
- **Deux modèles généraux** pour intégrer les services de soins de santé primaires, les services de santé mentale et les services de toxicomanie sont présentés : les modèles centralisés rassemblent les prestataires et les usagers en un seul endroit, tandis que les modèles décentralisés impliquent le développement de liens et de pratiques partagées entre prestataires séparés.
- **Les modèles de soins interprofessionnels présentent des occasions** pour améliorer la coordination des références provenant des services de soins de santé primaires vers les services spécialisés, pour améliorer les transitions des services spécialisés vers les contextes de soins de santé primaires (p. ex., recourir à une équipe multidisciplinaire localisée dans un centre de désintoxication) et pour intégrer des approches comportementales et pharmacologiques au traitement des problèmes de toxicomanie.
- **Les administrateurs doivent favoriser une discussion continue** entre les prestataires de soins de santé primaires et d'autres cliniciens, les usagers et la communauté pour s'assurer que les ressources de santé sont harmonisées avec les besoins changeants des usagers ayant des problèmes de toxicomanie.
- **Les étapes pour mettre en œuvre des soins de santé axés sur la collaboration** pour les problèmes de toxicomanie, fondées sur l'étude de Kotter (1998), incluent :
  - établir un sentiment d'urgence;
  - former une puissante coalition pour guider le travail;
  - créer une vision;
  - communiquer la vision;
  - autoriser les autres à agir sur la vision;
  - planifier et créer des gains à court terme;
  - consolider les améliorations et produire davantage de changements; et
  - institutionnaliser de nouvelles approches.

## Introduction

Les problèmes de toxicomanie sont comme un géant parmi nous, jetant une ombre énorme sur la santé et le bien-être de notre population. Au moment de devenir un jeune adulte, pratiquement tout le monde a fait l'expérience de l'usage de substances, et peu de gens ne sont pas au courant de l'utilisation excessive ou problématique de substances parmi leurs amis ou leur famille.

On connaît beaucoup de choses sur le développement des problèmes de toxicomanie ainsi que sur leur prévention et leur traitement, mais ces connaissances sont distribuées à travers un nombre de « silos » en plus d'être appliquées d'une manière fragmentée et fortuite (Sorenson et al., 2003). De plus, le taux de transfert de technologie de la recherche à la pratique d'interventions efficaces a été lent (Lamb et al., 1998; Sorenson et al., 2003). Après avoir effectué une revue systématique de la documentation portant sur le traitement de l'alcoolisme, Miller et al. (2003) ont mémorablement observé :

*« La corrélation négative entre la preuve scientifique et le traitement habituel demeure saisissante, et pourrait être à peine plus grande si quelqu'un élaborait intentionnellement des programmes de traitement à partir de ces approches avec la moindre preuve d'efficacité. » (p.41)*

La prévalence manifeste des problèmes de toxicomanie éclipse la capacité des prestataires de services de santé spécialisés. De plus, les problèmes impliquant les drogues et l'alcool sont invariablement interreliés avec d'autres facteurs de risque sociaux, de santé et des secteurs de problèmes nécessitant une perspective intégrée sur la prévention et les soins. Relié à cela, le cours typique des problèmes de toxicomanie est variable dans le temps, incluant des intervalles dans l'utilisation qui peuvent se reproduire sur plusieurs années. Le processus de maîtrise des problèmes de toxicomanie est géré de façon prédominante (ou parfois entièrement) par la personne concernée et par ceux qui l'entourent. Peu importe le rôle des services aigus, la tâche de prévenir les rechutes demeure une nécessité et un défi à long terme.

On peut soutenir que les soins de santé primaires forment le pivot le plus irrésistible autour duquel construire une série complète de collaborations reliées à la toxicomanie. Les prestataires de soins de santé primaires sont souvent bien informés sur l'histoire sociale et développementale des usagers et maintiennent le type de relations à long terme qui est souvent nécessaire pour gérer des problèmes de santé chroniques, incluant la toxicomanie. De plus, les soins de santé primaires occupent une vaste position mitoyenne entre la santé de la population et les traitements spécialisés en plus d'avoir la capacité d'adopter un large point de vue et de défendre relativement à un éventail de ressources de santé.

Bien que les soins de santé primaires jouent un rôle professionnel majeur (peut-être le plus important) en ce qui concerne la gestion des problèmes de toxicomanie, nous croyons que l'optimisation de la capacité des soins de santé primaires dépend d'un programme concerté de réformes qui inclut d'autres services et secteurs. Notre prémisse consiste à soutenir que les gens ayant une variété de rôles peuvent et doivent contribuer activement à l'identification et au traitement des problèmes de toxicomanie. Cela inclut les personnes ayant de tels problèmes, les membres de leur famille, divers professionnels, les administrateurs cliniques, les responsables des politiques et les chercheurs.

Le but de cette trousse d'outils n'est pas de passer en revue les progrès techniques divers et importants dans le domaine de la toxicomanie, même si un certain nombre de références sont fournies. Notre principal objectif consiste plutôt à décrire les possibilités pour accélérer le transfert des connaissances et l'amélioration des soins par l'entremise de collaborations renforcées. Nous espérons que ces renseignements seront utiles pour les administrateurs et les cliniciens qui en sont déjà à la phase « active » des soins de santé axés sur la collaboration, et que nous pourrions aider à consolider l'engagement envers le changement parmi ceux qui envisagent ce type de réforme.

Les auteurs de cette trousse d'outils représentent un éventail de perspectives et d'expériences diverses. Nous sommes reconnaissants envers les nombreuses personnes qui nous ont aidés à façonner les idées présentées ici. Notre plus grande dette est envers nos clients et collaborateurs qui se sont battus avec des problèmes de toxicomanie, car leurs connaissances ont été gagnées le plus durement. Nous sommes aussi reconnaissants pour cette occasion de travailler de près avec les responsables des politiques et les professionnels dans différentes régions du Canada alors qu'ils poursuivent la vision des soins intégrés pour la toxicomanie. Notre expérience acquise en travaillant auprès de ces groupes constitue le fondement de plusieurs de nos observations.

## **Définir la population**

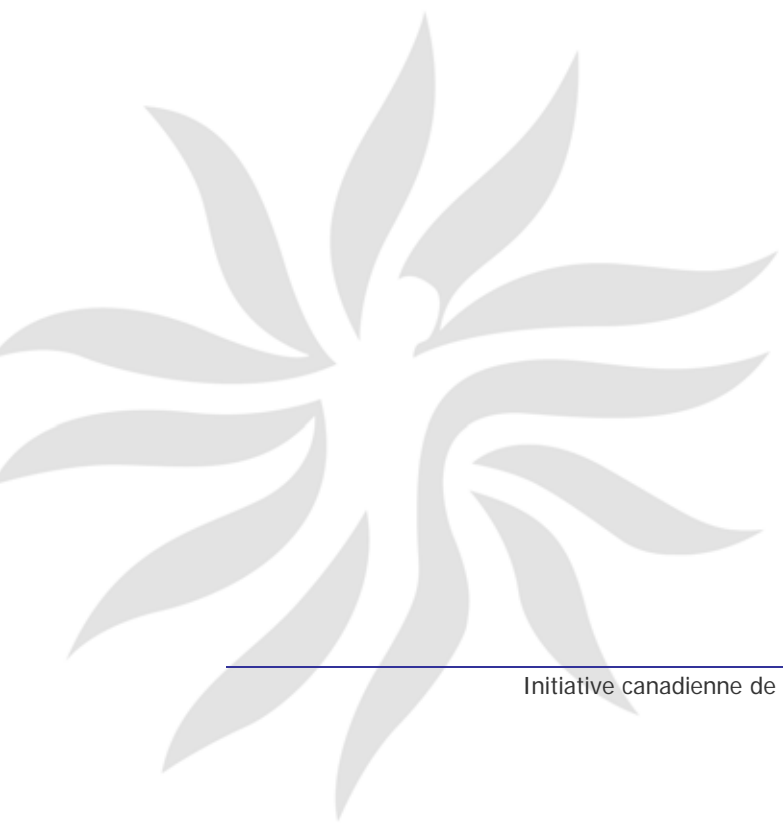
Cette trousse d'outils met l'accent sur les personnes ayant des problèmes de toxicomanie provenant de l'usage de drogues licites et illicites. Des variations régionales dans les taux de troubles de toxicomanie ont été rapportées dans les études utilisant essentiellement des méthodes d'évaluation similaires. Entre les différentes régions, les taux de prévalence sur la durée de vie de problèmes reliés à l'alcool varient par cinq fois, et les taux de prévalence sur la durée de vie pour les autres problèmes reliés aux drogues illicites varient par 28 fois (Somers et al., 2004). Une variation existe entre les pays et entre les régions d'un même pays (p. ex., régions urbaines vs rurales). De plus, une recherche longitudinale révèle que les préférences pour des substances en particulier (p. ex., drogues de choix) varient sur une période de temps, ainsi que selon les différentes régions (National Institute on Drug Abuse, 2003). Réunies, ces observations soulignent le besoin d'un contrôle et d'une flexibilité clinique afin de répondre efficacement aux besoins communautaires au fur et à mesure qu'ils changent dans le temps.

La plupart des coûts de santé et économiques associés à la toxicomanie ne sont pas entraînés par les usagers dépendants, mais par l'utilisation nocive ou risquée au sein de la population en général. Le grand nombre de personnes à risque sont rarement traitées au sein des programmes de dépendances spécialisés et ces dernières reçoivent souvent des traitements dans des contextes de soins de santé primaires. La toxicomanie non diagnostiquée et non traitée génère un immense coût de santé et financier (Lewis, 1997). Les taux de dépistage du tabagisme ont été observés à environ 50%, à environ 20-50% pour l'alcool et à environ 20% pour l'usage de substances illicites (Dietz et al., 1994; Duszynski et al, 1995). Il existe quelques données probantes à l'effet que les problèmes de toxicomanie sont sous-traités même lorsqu'ils sont identifiés (Hanna, 1991). Les faibles taux de dépistage et de traitement à travers les soins de santé primaires ont été liés à une variété de facteurs incluant des recommandations incohérentes concernant les pratiques de dépistage (Duszynski et al, 1995); des difficultés à différencier les symptômes liés à la toxicomanie des symptômes somatiques (Katon, 1992); des obstacles perçus relativement à la mise en oeuvre des soins (Rush et al., 1995); des préoccupations à propos de la perte de contrôle des soins au profit des spécialistes (Roche et Richard, 1991); ou des attentes négatives concernant les résultats pour le traitement de la toxicomanie (Thom et Tellez, 1986; Van der Walde et al., 2002). Tous ces aspects soulignent le besoin pour une plus grande coordination et collaboration dans la prestation des soins.

Établissant des initiatives axées sur la collaboration entre les services de soins de santé mentale  
et les services de soins de santé primaires pour les personnes ayant des problèmes de toxicomanie  
Un document d'accompagnement pour la trousse d'outils de l'ICCSM sur la planification  
et la mise en œuvre pour les prestataires de soins de santé et les planificateurs

*Personnes ayant des problèmes de toxicomanie*

---



## Leçons tirées de la documentation

L'utilisation de substances psychoactives, incluant l'alcool, le tabac et les drogues illicites, a contribué à 12,4% des décès dans le monde en l'an 2000 (OMS, 2002). L'alcool seul est responsable de 4% du fardeau mondial de la maladie, ce qui équivaut aux taux combinés de décès et d'invalidité dus au tabac et à l'hypertension (Rehm et al., 2003; OMS, 2002).

Les troubles de toxicomanie sont associés à toute une série de problèmes de santé et sociaux. Les personnes qui utilisent et abusent des substances sont à risque pour de multiples comorbidités incluant les maladies infectieuses transmises par le sang, les maladies transmissibles sexuellement, l'instabilité sociale, les maladies métaboliques et endocriniennes et la malnutrition (Kreisna et al., 2004).

Un faible poids à la naissance et des effets neurologiques néfastes chez les nouveau-nés sont associés avec le tabagisme, l'usage de l'alcool et la toxicomanie. La prévalence exacte du syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF)/ SAF atypique n'est pas connue. En se basant sur trois études de population, Sampson et al. (1997) ont estimé que l'incidence du SAF était entre 2,9/1000 et 4,8/1000 naissances vivantes, et que l'incidence de la combinaison de SAF avec le désordre neurologique lié à l'alcool (DNLA) était d'au moins 9,1/1000 naissances vivantes.

Des études épidémiologiques à grande échelle illustrent la fréquente concomitance de la toxicomanie avec d'autres troubles psychiatriques (Kessler et al., 1997; Regier et al., 1990). Parmi les personnes ayant des troubles concomitants, la sévérité globale de leurs symptômes psychiatriques est un important indicateur du résultat du traitement relatif à l'usage de substances (McLellan, 1986). De plus, l'efficacité du traitement de la toxicomanie augmente lorsque les usagers reçoivent des traitements pour leurs problèmes concomitants (McLellan et al., 1998).

Avoir un problème de toxicomanie augmente de façon significative la probabilité d'éprouver d'autres problèmes médicaux. Cependant, il existe des données probantes à l'effet que les personnes ayant des problèmes de toxicomanie ne reçoivent pas les soins médicaux adéquats (D'Aunno, 1997; Saitz et al., 1997). Les implications pour les soins de santé primaires incluent la nécessité d'un dépistage amélioré des problèmes de toxicomanie, de meilleurs soins intégrés pour les troubles du comportement et les troubles médicaux, ainsi que l'élaboration et le déploiement de techniques spécialisées d'autogestion de la maladie (Dickey et al., 2002).

Pour de plus amples renseignements sur les leçons tirées de la documentation, veuillez consulter deux rapports de l'ICCSM disponibles au [www.iccsm.ca](http://www.iccsm.ca) :

- *Bibliographie annotée des soins de santé mentale axés sur la collaboration*
- *Meilleures pratiques pour des soins de santé mentale axés sur la collaboration : Une analyse des données existantes*

L'utilisation de lignes directrices et de critères de placement peut stimuler un dépistage accru de la toxicomanie par les prestataires de soins de santé primaires (ASAM, 1996; NIAAA, 1995). Une grande variété de références sont disponibles pour vous guider dans les aspects du traitement incluant *Identification and Treatment of Substance Abuse in Primary Care Settings* (O'Connor, 1996) et *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Substance Use Disorders* (APA, 1995).

Il existe des données probantes considérables à l'effet que les prestataires de soins de santé primaires peuvent fournir un traitement efficace dans le contexte de leur pratique. Par eux-mêmes, les prestataires de soins de santé primaires peuvent faciliter les soins personnels pour les problèmes de toxicomanie (Sanchez-Craig, 1990) en plus de fournir de brèves interventions qui sont rentables et qui ont un impact thérapeutique durable (Babor, 1990; Fleming et al., 2000; Heather, 1995). La thérapie de maintien à la méthadone demeure un traitement standard pour la dépendance aux opiacés et elle est fournie efficacement par l'entremise des contextes de soins de santé primaires (Rettig et Yarmolinsky, 1995). Il existe aussi des données probantes selon lesquelles la gestion avec la naltrexone par l'entremise des soins de santé primaires est efficace pour les personnes dépendantes à l'alcool (O'Malley et al., 2003).

Un ensemble de stratégies détaillant des options pour une thérapie conjointe impliquant des prestataires de soins de santé primaires ont été recensées. Certaines de ces stratégies sont décrites dans la section suivante.

## **Modèles et initiatives axés sur la collaboration**

Samet et al. (2001) ont décrit deux modèles généraux pour intégrer les services de soins de santé primaires, de soins de santé mentale et les services de toxicomanie. Les modèles centralisés rassemblent les prestataires et les usagers en un seul endroit alors que les modèles distributifs impliquent une liaison active entre les prestataires de soins de santé situés dans différents contextes. Les collaborations décentralisées comptent sur l'amélioration de l'efficacité du diagnostic et des processus de référence. Saitz et al. (1997) ont décrit une recherche impliquant 1 440 personnes qui avaient un prestataire de soins de santé primaires et qui suivaient un traitement pour la toxicomanie. Sur le total, 45% des personnes ont rapporté que leur prestataire de soins de santé primaires n'était pas au courant de leur toxicomanie.

Le besoin pour une meilleure coordination des références provenant des soins de santé primaires vers les services spécialisés est reflété par l'importance de l'amélioration des

Pour de plus amples renseignements sur des initiatives de pratiques positives au Canada, veuillez consulter le document suivant disponible au [www.iccsm.ca](http://www.iccsm.ca) :

- *Soins de santé mentale axés sur la collaboration dans le contexte des soins de santé primaires. Un examen des initiatives canadiennes : Volumes I et II*

transitions des traitements spécialisés vers les contextes de soins de santé primaires. Les personnes suivant des traitements spécialisés, incluant la désintoxication, n'ont souvent aucun prestataire de soins de santé primaires. Les personnes dépendantes à l'alcool et aux drogues qui ne reçoivent pas de soins de santé primaires ont un fardeau de maladie substantiel comparativement avec des groupes témoins de population américaine répartis par âge et par sexe (De Alba et al., 2004). En utilisant une clinique multidisciplinaire située dans une unité de désintoxication, Samet et al. (2003) ont été en mesure d'augmenter de façon significative les taux de soins de santé pendant les 12 mois suivants la sortie. Parmi les personnes qui n'obtiennent pas de soins médicaux primaires, plusieurs caractéristiques sont positivement associées avec l'établissement d'un lien avec les soins de santé primaires suite à la désintoxication aux États-Unis. Celles-ci incluent : le sexe féminin, pas d'incarcération récente, un soutien de la famille et des amis concernant l'abstinence, une assurance-maladie et des visites à une clinique médicale ou un médecin (Saitz et al., 2004).

Il existe quelques données probantes à l'effet que les collaborations centralisées présentent des avantages pour les usagers. Par exemple, Friedmann et al. (2000) ont rapporté que l'inclusion de services de santé supplémentaires sur place dans un centre de traitement de la toxicomanie pour les patients externes augmentait l'utilisation des services connexes par l'usager. Les services de transport et les services de gestion de cas sur place menaient aussi à une augmentation de l'utilisation des services connexes. En revanche, la gestion de cas hors site, les ententes de référence et les autres ententes formelles n'avaient pas d'impact observable sur l'utilisation du service. Plus récemment, les usagers qui suivaient des programmes de traitement de la toxicomanie avec des soins de santé primaires sur place avaient une dépendance moins grave au suivi de 12 mois en comparaison avec ceux qui étaient sortis des programmes sans soins de santé primaires ou avec des soins de santé primaires hors site (Friedmann et al., 2003).

Malheureusement, une variété d'obstacles légaux et organisationnels empêchent l'intégration des soins de santé physique et comportementaux dans un service centralisé (Grazier et al., 2003). La responsabilité des services de toxicomanie est répartie à travers un grand nombre d'agences et de prestataires et organisée par plusieurs organisations gouvernementales et non gouvernementales. L'impact des facteurs au niveau du système souligne le besoin d'une implication et d'un soutien des administrateurs et des responsables des politiques dans l'élaboration de modèles axés sur la collaboration.

L'émergence de nouveaux modèles de soins de santé primaires présente une immense possibilité pour intégrer des approches comportementales, pharmacologiques et de changement de style de vie au traitement des problèmes de toxicomanie. Les équipes multidisciplinaires de soins de santé primaires qui peuvent inclure des médecins, des infirmières et infirmiers, des travailleuses et travailleurs sociaux, des diététistes, des spécialistes en réadaptation, des pharmaciens, des psychologues, des psychiatres, des

usagers/ familles/aidants naturels, etc. ont le potentiel pour fournir des traitements rentables basés sur les principes des soins par étapes en augmentant l'intensité des interventions, tel qu'indiqué selon la réponse de l'utilisateur. De telles équipes sont aussi bien positionnées pour répondre à la myriade de problèmes médicaux et psychologiques touchant les personnes ayant des problèmes de toxicomanie, incluant l'infection au VIH, l'hépatite C, les troubles de l'anxiété et de l'humeur, la mauvaise alimentation, les intervalles dans l'utilisation et les rechutes. Les sections suivantes passent en revue les éléments clés et les facteurs à considérer dans la sélection et la mise en œuvre de pratiques axées sur la collaboration.

## Éléments clés et principes fondamentaux des soins de santé mentale axés sur la collaboration

### Accessibilité

Améliorer l'accès au traitement pour les personnes ayant des problèmes de toxicomanie ne consiste pas seulement à ouvrir des portes; il s'agit également de changer les pratiques mises en œuvre lorsque le seuil des soins a été franchi.

Un nombre significatif de

personnes ayant des problèmes de toxicomanie ne reçoivent pas de soins de santé continus. Plusieurs seront en contact avec le système d'éducation, les services sociaux, le système de justice, les organisations non gouvernementales ou les services aigus et d'urgence. Les voies d'accès aux soins de santé primaires doivent être établies pour chacun de ces systèmes.

À l'intérieur du secteur des soins de santé, l'accès depuis les soins de santé primaires vers les soins spécialisés et vice versa est nécessaire. Cela inclut les services de santé mentale et de toxicomanie, ainsi que les services pour enfants et adolescents, le soutien à domicile et les services aux personnes âgées. Parmi ceux qui reçoivent des soins de santé primaires, les taux de dépistage, d'évaluation et de traitement sont faibles. Au niveau structurel, il y a des besoins pressants pour améliorer l'accès aux (et entre les) prestataires. Au niveau des soins cliniques, il y a des besoins pressants pour améliorer l'accès au dialogue sur la toxicomanie, incluant les dommages reliés aux substances et la motivation face au changement. Les usagers considèrent comme approprié de la part des prestataires de soins de santé primaires de poser des questions sur la toxicomanie pendant l'examen général de leur état de santé, mais ces derniers sont moins susceptibles de fournir des renseignements s'ils n'y sont pas incités. Les occasions de dialogue commencent avec une augmentation du dépistage.

Deux enjeux supplémentaires concernant l'accès mettent au défi les soins de santé primaires pour la toxicomanie : l'accès aux « meilleures pratiques » (c.-à-d. « Que

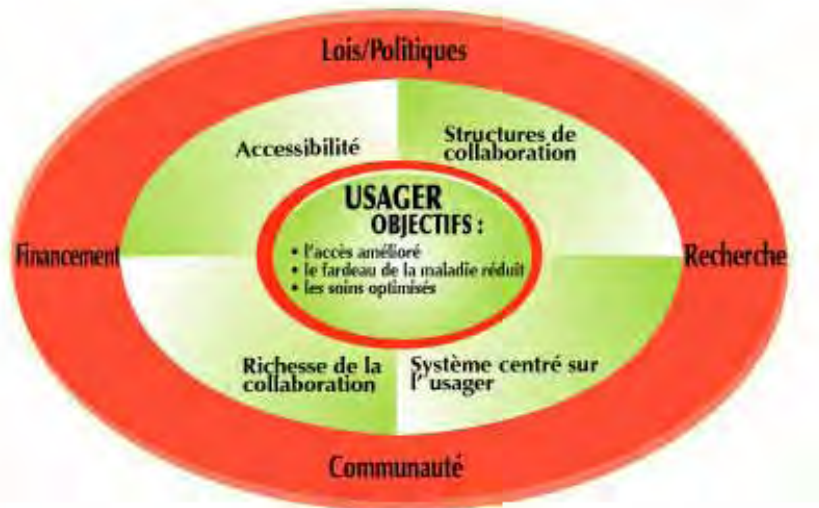


Figure 1 Cadre de travail des soins de santé mentale axés sur la collaboration

devrions-nous faire? ») et l'accès aux rétroactions sur le rendement (c.-à-d. « Comment performons-nous? »). Le besoin d'améliorer l'accès à l'information, incluant la recherche pertinente, est bien documenté dans le domaine de la toxicomanie (Lamb et al., 1998).

Une chaîne d'enjeux d'accessibilité interreliés est résumée ci-dessous :

<b>Enjeux d'accessibilité</b>	<b>Agents clés du changement</b>
Accès aux meilleures pratiques	Chercheurs, administrateurs, usagers
Accès aux services	Usagers, administrateurs, prestataires
Accès à l'engagement	Prestataires
Accès aux références	Prestataires, administrateurs
Accès aux rétroactions	Administrateurs, usagers, chercheurs

## Structures de collaboration

### BC/Yukon Collaborative Care Initiative

La BC/Yukon Collaborative Care Initiative (BCYCCI) est conçue pour améliorer les soins de santé primaires pour les problèmes de toxicomanie. Les secteurs de prestation de services représentés au sein de cette initiative comptent, en moyenne, plus de 16 agences ou groupes de prestataires dont les responsabilités incluent les problèmes de toxicomanie. La planification à long terme pour la collaboration dans les soins de santé primaires doit tenir compte des ressources et des besoins de l'utilisateur représentés par chacune de ces entités. Cependant, pour maximiser les chances de succès, le processus de planification doit être entrepris par un nombre plus restreint de groupes qui travaillent plus étroitement sur les enjeux des soins de santé primaires. Dans plusieurs régions du Canada, cela pourrait inclure des services communautaires pour la dépendance à l'alcool et aux drogues, des services de santé mentale, des médecins de famille, des infirmières et infirmiers, des infirmières et infirmiers praticien(ne)s, des diététistes et d'autres professionnels de la santé alliés, ainsi que des services aux enfants et à la famille.

La BCYCCI a établi des structures de changement descendantes et ascendantes dans son secteur d'influence. Le leadership descendant est fourni par les agences responsables de la réforme des soins de santé primaires, les services médicaux et infirmiers ainsi que par les services hospitaliers et communautaires pour la toxicomanie et la santé mentale. Cela inclut les organismes fédéraux, provinciaux/territoriaux et régionaux.

Le leadership ascendant est fourni par des groupes de travail composés de champions locaux représentant des collaborateurs interprofessionnels pour les soins de santé primaires relativement aux problèmes de toxicomanie. Certains membres des groupes de travail sont principalement des administrateurs et des médecins. Ils représentent des

agences intactes (p. ex., des centres de santé mentale communautaires) ainsi que des ensembles de cliniciens indépendants (p. ex., des infirmières et infirmiers praticien(ne)s).

La combinaison des processus descendants et ascendants est une approche normalisée de la planification stratégique dans l'industrie (Mintzberg, 1994). Dans le domaine de la toxicomanie et des soins de santé primaires, cependant, cette combinaison n'est pas simplement une bonne stratégie; elle est une nécessité pratique.

Les leaders cliniques (ascendants) font appel à leurs connaissances des besoins de services locaux, leurs capacités et les possibilités pratiques pour la collaboration. On a besoin d'eux pour mener la mise en œuvre du changement. Leur travail requiert de la sincérité. Ils doivent jeter un regard réaliste sur les variations dans les pratiques des différents groupes de prestataires et sur les différences culturelles entre ces groupes. Par exemple, une agence pour les dépendances envers l'alcool et les drogues peut être ouverte 24h sur 24 et 7 jours sur 7 et accepter que les patients se réfèrent eux-mêmes. En revanche, le centre de santé mentale communautaire local peut avoir des heures d'admission régulières et nécessiter la référence d'un médecin. Chaque agence peut avoir des critères d'inclusion/exclusion qui reposent sur leurs forces respectives, mais qui ne sont pas bien coordonnés à travers les autres agences locales. Les infirmières et infirmiers praticiens et les médecins de famille peuvent être incertains concernant où ils doivent référer les personnes présentant une concomitance de toxicomanie et de troubles de l'humeur. Les groupes de prestataires auront des normes différentes relativement à leurs pratiques de dépistage et d'évaluation. Leurs normes pour consigner les renseignements sur le patient varient souvent. On trouve aussi des différences au niveau des approches utilisées afin d'établir le consentement pour le traitement, le maintien de la confidentialité et la conceptualisation des problèmes de toxicomanie.

Les leaders administratifs (descendants) sont essentiels pour protéger et mener le processus de changement. Ils aident à assurer que les initiatives dirigées localement sont alignées avec les priorités régionales et qu'elles mettent à contribution les ressources pour favoriser leur succès. Les leaders administratifs du BCYCCI ont géré un ensemble diversifié de questions de ressources interagences. En voici quelques-unes :

Type de collaboration	Agences/Prestataires impliqués	Questions de ressources
Clinicien spécialiste dans un contexte de médecine familiale	Pratiques de groupes ou individuelles, agences de santé mentale et pour les dépendances envers l'alcool/les drogues	Couverture dans un contexte de soins spécialisés, espace dans un contexte de médecine familiale
Soutien décisionnel téléphonique aux soins de santé primaires	Santé mentale, désintoxication, alcool/drogues	Réallocation du temps du spécialiste (p. ex., le psychiatre)
Partage de l'information entre les collaborateurs en soins de santé primaires	Santé mentale, alcool/drogues, infirmières et infirmiers, médecins, cliniciens pour enfants/familles, diététistes, pharmaciens	Ententes de confidentialité harmonisées, méthodes de partage de l'information (p. ex., DME)

Adoption mutuelle d'approches communes pour le dépistage et l'évaluation	Santé mentale, alcool/drogues, infirmières et infirmiers, médecins, cliniciens pour enfants/familles, cliniciens en santé mentale	Auto-observation et révision des options, perfectionnement du personnel et formation sur les nouvelles procédures
Introduction du modèle de soins par étapes	Santé mentale, alcool/drogues, infirmières et infirmiers, médecins, cliniciens pour enfants/familles, cliniciens en santé mentale	Réduction du chevauchement des services, accent mis sur l'expertise complémentaire
Développement d'une « culture » commune à travers le système des soins de santé primaires	Santé mentale, alcool/drogues, infirmières et infirmiers, médecins, cliniciens pour enfants/familles, professionnels de la santé alliés	Identifier les composantes (p. ex., la capacité de diagnostic mixte; développer la motivation pour le changement) et la formation

Les leaders engagés sont essentiels à la création de structures de collaboration. À cette étape, il serait prématuré de recommander un modèle structurel particulier pour les soins axés sur la collaboration relativement aux problèmes de toxicomanie. En revanche, nous conseillons plutôt de commencer par une analyse de l'environnement des collaborateurs éventuels – personnes et agences. Nous suggérons de recruter des participants qui disposent de ressources cliniques pertinentes et qui sont préparés à travailler avec les autres (prêts); qui ont un niveau élevé d'engagement envers la valeur de la collaboration (volonté); et qui assument un mandat de travailler avec les autres prestataires avec le soutien à long terme pour élaborer leur propre modèle de pratique axée sur la collaboration (capables).

Développer les soins de santé axés sur la collaboration pour les problèmes de toxicomanie est un processus au même titre que façonner une boule de neige. Les agences qui fournissent des services sont disséminées à travers le paysage comme des flocons de neige. Tout comme des flocons de neige au sol, les agences et les prestataires n'ont généralement pas une perspective suffisante (ou l'autorité) pour commencer à se rassembler et à mettre leurs ressources en commun. Les administrateurs agissent comme des mitaines et commencent à regrouper les services et les prestataires. Ils doivent garder une perspective claire sur la taille souhaitée de la boule de neige (Doit-on inclure la police et les services de justice? les écoles et les églises? le logement et les ressources humaines?). Ils doivent aussi garder un œil sur les prévisions (La température changera-t-elle, p. ex., une modification régionale fera-t-elle fondre les structures de collaboration?).

Avec le temps, un modèle structurel dominant de soins de santé primaires pour la toxicomanie pourra émerger au Canada, peut-être sous la forme d'un centre de soins de santé primaires intégré ou, suivant l'exemple du National Health Service, des Mental Health Trusts. Cependant, la majorité des communautés canadiennes n'en sont qu'aux étapes de commencement des soins de santé axés sur la collaboration pour les problèmes de toxicomanie. Les premiers pas vers la collaboration doivent être solides et sûrs si on veut que davantage de partenariats et d'intégration de services aient une chance de se développer à long terme.

## Richesse de la collaboration

La « richesse » potentielle ou la complexité des soins de santé axés sur la collaboration pour les problèmes de toxicomanie variera entre les communautés du Canada. Les différences régionales dans les ressources sont accompagnées de différences régionales dans les besoins de l'utilisateur. Toutefois, une justification peut être développée pour la composition initiale d'une « équipe » centrale.

Des études récentes ont examiné la viabilité de l'amélioration des liens avec les soins de santé primaires pour les usagers qui ont entrepris un traitement pour des problèmes de toxicomanie (Friedmann et al., 2000; Saitz et al., 2004; Samet et al., 2003). Les bénéfices de ces stratégies incluent une augmentation des taux de rétention dans les soins de santé primaires et l'obtention de placements en soins de santé primaires pour les personnes qui n'avaient pas de prestataires auparavant. Qu'est-ce qui peut cependant être fait pour améliorer les soins de santé primaires pour un grand nombre de personnes qui sont à risque ou qui ont des problèmes non détectés et qui sont déjà en contact avec un prestataire de soins de santé primaires?

Pourquoi les pratiques de soins axés sur la collaboration pour les problèmes de toxicomanie n'ont-elles pas proliféré dans le contexte des soins de santé primaires?

Marshall et Deehan (1998) rapportent plusieurs explications concernant les faibles taux de dépistage et d'activités de traitement parmi les omnipraticiens, notamment une formation insuffisante, un manque de confiance et des problèmes relatifs au soutien du rôle (c.-à-d., la disponibilité de l'aide lorsque nécessaire). Ce dernier problème (soutien du rôle) peut être commun à plusieurs médecins de famille et infirmières et infirmiers praticien(ne)s au Canada. Relativement aux problèmes de toxicomanie, ces praticiens demandent souvent :

- Où dois-je référer les patients?
- Comment saurai-je si l'utilisateur a été admis?
- Comment restera-t-il informé de l'évolution du traitement?
- Quel sera mon rôle dans la prestation de soins continus?
- Comment seront traitées les références supplémentaires si indiquées?
- En cas de référence supplémentaire, l'utilisateur aura-t-il à répéter son histoire à différents spécialistes (p. ex., d'abord aux services de santé mentale, ensuite aux services de toxicomanie ou vice versa)?
- Quels services sont assurés par le secteur public et lesquels ne le sont pas?

Dans le cadre de la planification de la BCYCCI, chaque région a entrepris l'étape initiale de l'harmonisation des services fournis par les agences de premier plan financées par les fonds publics, incluant les services pour les dépendances envers l'alcool et les drogues et les services de santé mentale. L'harmonisation impliquait la sélection d'approches cohérentes pour le dépistage et l'évaluation ainsi que la mise en œuvre de procédures permettant de faciliter le partage de l'information, lorsque indiqué et consenti par les usagers. Cela incluait aussi un engagement à long terme pour une formation commune et

des activités de perfectionnement du personnel impliquant des sujets qui avaient une pertinence et une importance mutuelles (p. ex., la thérapie d'amélioration de la motivation, l'évaluation et le traitement des troubles concomitants). En fonction de ces réformes, les agences participantes faisaient la promotion d'un processus de référence interagences rationalisé (voir Annexe B) améliorant sensiblement la transparence de leurs services aux yeux du public et des professionnels qui faisaient les références.

Chaque groupe de ressources régionales spécialisées identifiait ses capacités et ses limitations relativement à la collaboration avec les généralistes de la communauté. Les capacités incluaient :

- le déploiement de personnel pour fournir un service régulier dans les pratiques individuelles ou de groupe;
- l'implication des professionnels de la santé qui font des références dans les réunions d'équipe (p. ex., planification de l'admission et de la sortie relativement à leurs propres références);
- la prestation d'un soutien décisionnel par un psychiatre ou un autre spécialiste (en temps réel ou sur appel); et
- l'accès à l'information pour le soutien des soins médicaux et continus.

Un petit nombre de généralistes (omnipraticiens et infirmières et infirmiers praticiens) ont été consultés sur cette phase initiale du travail, mais le processus de recrutement des généralistes pour joindre l'entreprise de soins de santé axés sur la collaboration a été délibérément devancé jusqu'à ce qu'il y ait une plus grande intégration entre les spécialistes.

## **Système centré sur l'utilisateur**

Tout traitement réussi pour les problèmes de toxicomanie est centré sur l'utilisateur. Cette affirmation est manifestement vraie pour la majorité des personnes qui se sont rétablies de problèmes de toxicomanie sans l'implication d'un professionnel de la santé, mais ce n'est pas moins vrai lorsque le changement inclut l'implication d'un professionnel. Les usagers effectuent l'écrasante majorité du travail pour changer leurs comportements face à l'utilisation de substances nocives. Les soins centrés sur l'utilisateur pour les problèmes de toxicomanie peuvent être organisés autour des principes d'opportunité, de justesse, de continuité et d'inclusion des services.

Les services opportuns pour la toxicomanie atteignent les gens quand ils peuvent en bénéficier. Cela inclut les services de prévention. Certaines régions de la BCYCCI ont inclus les services communautaires aux jeunes au sein de leurs collaborations en soins de santé primaires. Ce partenariat aide à accélérer les soins pour les jeunes qui ont des besoins immédiats, mais il communique aussi de l'information sur les services aux jeunes qui pourraient chercher de l'aide plus tard. L'opportunité peut être favorisée en rendant l'information sur les soins personnels facilement disponible, et grâce au dépistage et à l'évaluation de routine.

Le modèle de soins par étapes expose l'utilisateur aux niveaux de soins associés à son niveau de besoins. Il y a un avancement significatif dans la justesse du traitement pour la toxicomanie en comparaison avec une approche de soins qui offrirait « un programme pour tous ». De plus, les collaborateurs de soins de santé primaires peuvent avoir besoin de résidents ou de soutien aux services relativement au contexte social de la toxicomanie parmi les membres de leur communauté géographique.

Le traitement efficace à long terme d'un problème de toxicomanie implique le maintien de changements positifs (Prochaska et al., 1992) et de stratégies pour une gestion du rétablissement à long terme (Dennis et al., 2003). Le fait que les changements doivent être maintenus indéfiniment est une illustration de la continuité des soins. En revanche, il y a un risque de nombreuses discontinuités dans le système de soins pour la toxicomanie dans lequel l'utilisateur fait face à une succession de services aigus avec un suivi limité. Les soins de santé primaires axés sur la collaboration peuvent effectivement surmonter plusieurs discontinuités potentielles grâce à des pratiques incluant le dépistage universel, l'intervention précoce et la tenue de dossiers continue et intégrée. Les équipes de soins de santé primaires pourraient considérer les problèmes de toxicomanie en lien avec d'autres conditions pour lesquelles des stratégies de gestion des maladies chroniques sont déployées.

Les soins centrés sur l'utilisateur doivent inclure la diversité des personnes et des facteurs personnels qui contribuent à la toxicomanie. Plusieurs de ces mêmes populations qui sont sous-représentées dans les soins de santé primaires sont surreprésentées relativement aux problèmes de toxicomanie. La diversité individuelle est reflétée dans les différences d'ouverture pour effectuer des changements, les attitudes culturelles et personnelles et les attentes envers la toxicomanie, de même que dans la hiérarchie potentielle des traitements (p. ex., acupuncture, exercice et yoga).

## **Cohérence des politiques, de la législation et des structures de financement**

Les politiques concernant les substances licites et illicites contribuent à la prévalence et à la nocivité associées à l'usage de substances. Les professionnels de la santé peuvent jouer un rôle important dans la mise en œuvre de politiques dans des secteurs comme la désaccoutumance du tabac, la conduite avec les facultés affaiblies et le traitement de maintien à la méthadone. Les services associés à ces domaines de pratique impliquent généralement du counseling, une évaluation et des habiletés thérapeutiques. Les prestataires qui sont les plus aptes à effectuer ce travail sont rarement bien liés aux soins de santé primaires. Les services de counseling pour les utilisateurs de drogues injectables ou la psychoéducation pour la conduite avec les facultés affaiblies sont des exemples de services qui peuvent refléter les politiques locales ou régionales et fournir l'impulsion pour la formation d'une collaboration.

Les politiques à travers les agences et entre les prestataires devraient être examinées pour s'assurer de leur compatibilité. Cela inclut les politiques concernant le consentement éclairé de même que le partage de l'information sur les usagers. Les politiques et les pratiques concernant la tenue de dossiers varient souvent entre les professionnels (p. ex., les références à des tierces parties).

Les professionnels de la santé et les administrateurs devraient développer des rôles et des responsabilités clairs parmi les prestataires de soins de santé primaires axés sur la collaboration. Un certain nombre de groupes professionnels fournissent des services reliés à la toxicomanie et chacun aura un champ d'activités associé. Ces champs d'activités doivent être révisés pour s'assurer que les soins axés sur la collaboration misent sur des domaines définis d'expertise. L'acte du diagnostic est fondamental dans le traitement de la toxicomanie, mais il est réservé (p. ex., aux médecins et aux psychologues). Certains traitements de la toxicomanie impliquent simultanément de la pharmacothérapie, de la psychothérapie et des changements de style de vie. À court terme, il est nécessaire de s'assurer que les professionnels dûment qualifiés sont alignés les uns à côté des autres dans la prestation de ces services. À long terme, il peut être précieux d'étendre les champs d'activités sélectionnés pour que les prestataires individuels puissent assumer la responsabilité du traitement intégré (p. ex., la prescription d'ordonnances par l'infirmière ou le psychologue).

## **Fonds suffisants**

La pratique intégrée est actuellement compliquée par un manque de financement intégré. Les services de toxicomanie au Canada sont financés par une variété de contrats et d'ententes chevauchant souvent plusieurs ministères et impliquant des schèmes de rémunération à l'acte, salariés ou financés en bloc. La fragmentation du financement est associée avec des mandats de performance disparates et des cibles de services qui sont différentes pour différents prestataires. À court terme, la collaboration doit réussir malgré, et non à cause de, ces « silos » administratifs. La motivation pour créer des soins de santé primaires axés sur la collaboration pour la toxicomanie doit être développée avec un plan stratégique, et le financement doit être alloué pour soutenir la mise en œuvre de ce plan.

Les organismes de financement peuvent avoir à se préoccuper du temps des médecins rémunérés à l'acte ainsi que des cliniciens salariés, incluant les primes pour les cliniciens qui travaillent loin de leur contexte de pratique habituel. De plus, un financement peut être nécessaire pour la formation professionnelle commune et pour les coûts auxiliaires comme les communications avec le public et les professionnels. Des fonds sont nécessaires pour soutenir le temps passé à l'extérieur de la pratique afin de façonner activement le processus de collaboration (divisions du travail, rôles et responsabilités, prochaines étapes et inclusion de ressources supplémentaires, etc.). Les administrateurs peuvent avoir besoin d'accepter que les initiatives de développement axées sur la collaboration pour la toxicomanie soient non linéaires (c.-à-d., deux pas en avant, un pas

en arrière). De là, un engagement de fonds pour la planification interprofessionnelle sur une période suffisante (p. ex., 1-2 ans) peut être crucial. De plus, certains collaborateurs clés doivent être adéquatement financés. Cela inclut le soutien à la recherche, les services psychologiques et les systèmes d'information, les honoraires et les autres soutiens pour une implication significative de l'utilisateur incluant les ONG (organisations non gouvernementales).

## **Recherche basée sur des données probantes**

Des stratégies efficaces sont disponibles pour réduire les problèmes de toxicomanie à travers un continuum de soins, allant des interventions brèves et autodirigées jusqu'aux traitements intensifs.

Les meilleures pratiques en soins de santé primaires pour la toxicomanie sont disponibles en abondance. Elles mettent l'accent sur le dépistage universel, les interventions brèves, l'évaluation et la gestion de la motivation envers le changement, la liaison étroite avec les spécialistes pertinents, la gestion intégrée des problèmes de santé et psychologiques concomitants et la continuité des soins.

Il peut être raisonnable pour les nouveaux collaborateurs de mettre en œuvre des changements basés sur la chronologie typique des services aux usagers, en commençant par mettre l'accent sur le dépistage et l'évaluation pour ensuite procéder au traitement et aux soins continus. Les communautés de la BCYCCI ont élaboré du matériel basé sur leur synthèse des meilleures pratiques (voir Annexe B).

Le seul élément le plus important des soins de santé axés sur la collaboration et basés sur des données probantes est une évaluation continue et significative. L'information est nécessaire concernant les changements au niveau des problèmes de toxicomanie et des besoins (c.-à-d., les tendances à long terme) et la réponse du système de soins de santé primaires axés sur la collaboration (p. ex., les taux de dépistage, de référence et de traitement). En plus des exemples précédents d'information quantitative, il est également important de contrôler le processus de mise en œuvre des soins de santé axés sur la collaboration (p. ex., l'ouverture à collaborer parmi différents prestataires ou groupes; les perceptions des rôles et responsabilités au sein des groupes professionnels; et les attentes concernant les rôles et responsabilités d'autres groupes et prestataires). Sans information valide et sérieuse, les communautés sont incapables de comparer leurs propres activités avec les repères établis et elles sont profondément compromises dans leur capacité à gérer efficacement et à entretenir l'évolution constante des soins de santé axés sur la collaboration.

## **Besoins communautaires**

Les communautés sont souvent ambivalentes relativement aux soins de santé axés sur la collaboration pour les problèmes de toxicomanie. Cela inclut les communautés de prestataires, d'administrateurs et d'utilisateurs. Il y a généralement beaucoup de choses à coordonner afin de créer des soins de santé primaires axés sur la collaboration dans ce domaine, et les défis administratifs peuvent être significatifs et persistants. Les besoins en santé de la population locale et générale peuvent être un catalyseur utile pour des réformes. Il est aussi nécessaire d'évaluer continuellement les besoins locaux afin d'évaluer les progrès et de demeurer en harmonie avec les problèmes spécifiques qui peuvent survenir. En fonction de ce besoin, les systèmes d'information revêtent une importance suprême. Les leaders des réformes de collaboration doivent être sensibles aux valeurs de leurs communautés locales, mais doivent aussi être en position pour présenter une solide preuve des besoins. Souvent, la première étape consiste à rassembler la preuve nécessaire.

## Planification et mise en œuvre

Réussir une initiative de soins de santé primaires axés sur la collaboration durable requiert un engagement à long terme pour gérer le changement. La restructuration organisationnelle implique des étapes de changement qui ressemblent à l'évolution du changement chez les individus. Un des modèles de changement organisationnel les plus cités est celui de Kotter (1998). Voici un résumé des étapes qui ont renseigné la BCYCCI, basé sur le cadre de travail de Kotter qui fait autorité.

### Huit étapes pour mettre en œuvre des soins axés sur la collaboration pour les personnes ayant des problèmes de toxicomanie

#### 1. Établir un sentiment d'urgence.

- Identifier et discuter des crises dues aux lacunes dans les soutiens liés à la toxicomanie incluant les crises potentielles ou les occasions majeures pour améliorer les services.

#### 2. Former une puissante coalition pour guider le travail.

- Former un groupe et lui conférer assez de pouvoir pour mener un effort de changement.
- Encourager le groupe à travailler en équipe, et enchâsser les méthodes pour rassembler l'information fournissant des rétroactions pertinentes aux niveaux clinique et organisationnel.

#### 3. Créer une vision.

- Créer une vision à long terme pour le traitement de la toxicomanie axé sur la collaboration afin d'aider à diriger l'effort de changement.
- Élaborer des stratégies pour atteindre la vision à court terme.

#### 4. Communiquer la vision.

- Utiliser tous les médias possibles pour communiquer la nouvelle vision et les stratégies aux professionnels de la santé, aux administrateurs et au public. Enseigner les nouveaux comportements aux groupes de pairs de cliniciens et aux autres en se basant sur l'exemple de la coalition pour guider le travail.

#### 5. Autoriser les autres à agir sur la vision.

- Se débarrasser des obstacles au changement.
- Changer les systèmes ou les structures qui ébranlent sérieusement la vision.
- Encourager la prise de risques et les idées, activités et actions non traditionnelles.

## **6. Planifier et créer des gains à court terme.**

- Planifier des améliorations de rendement observables, incluant des communications aux professionnels et au public.
- Reconnaître et récompenser les administrateurs, cliniciens et usagers qui sont impliqués dans le processus de réforme.

## **7. Consolider les améliorations et produire davantage de changements.**

- Miser sur une crédibilité accrue pour changer les systèmes, les structures et les politiques qui ne cadrent pas avec la vision. Cela peut inclure la venue de nouvelles agences ou prestataires dans le programme de soins axés sur la collaboration. Établir une orientation et une justification pour le changement basées sur une information structurelle.
- Engager, promouvoir et perfectionner les personnes qui peuvent mettre la vision en œuvre.
- Revigorer le processus avec de nouveaux projets, thèmes et agents de changement.

## **8. Institutionnaliser de nouvelles approches.**

- Articuler les liens entre les nouvelles pratiques de collaboration et le succès organisationnel, incluant les résultats cliniques et les bénéfices pour les usagers.
- S'engager dans le développement d'un leadership continu et s'assurer que les leaders ont la capacité d'étendre l'initiative de collaboration à de nouveaux secteurs et avec des partenaires supplémentaires.

Il est temps de mettre en œuvre les soins de santé axés sur la collaboration pour les problèmes de toxicomanie. De nombreuses stratégies et possibilités basées sur des données probantes attendent tous ceux qui sont enthousiastes pour endosser la cause.

## Problèmes clés à considérer

### **1. *Quelle est l'étendue de l'expertise et la cohérence des valeurs parmi les prestataires dans ma communauté?***

Les services de toxicomanie sont fournis par un groupe étonnamment diversifié d'agences et de praticiens, incluant les services de santé mentale communautaires, les services pour la dépendance à l'alcool et aux drogues, les services à la famille, aux enfants et aux jeunes, les services pharmaceutiques, l'ergothérapie, les services de nutrition, les soins à domicile, les services professionnels, le clergé et les initiatives variées menées par les usagers. Une analyse de l'environnement est nécessaire pour identifier ces alliés potentiels, ainsi qu'un plan élaboré pour organiser l'inclusion de leur expertise.

### **2. *Comment les besoins liés à la toxicomanie seront-ils identifiés?***

Le dépistage universel est une pratique importante pour révéler les besoins liés à la toxicomanie au sein d'échantillons cliniques. D'autres sources de connaissance des besoins de la communauté incluent la police, les professeurs, les parents, les personnes qui utilisent des substances et les divers professionnels qui travaillent directement avec les usagers utilisant des substances.

### **3. *Quelles pratiques cliniques et stratégies de documentation peuvent être mises en oeuvre de façon constante à travers différents services?***

Les rôles, les responsabilités et les champs d'activités diffèrent entre les contextes de soins de santé primaires et ceux des services spécialisés. Il faut déterminer si les mêmes approches pour les évaluations peuvent être mises en oeuvre dans les différents contextes, ou si une approche thérapeutique cohérente (p. ex., l'entrevue de motivation) peut être implantée à travers les pratiques.

### **4. *Comment les usagers peuvent-ils être assurés qu'ils n'auront pas à répéter leur histoire et l'information pertinente s'ils ne le désirent pas?***

La collaboration efficace nécessite que l'information pertinente voyage plus vite que l'utilisateur. Les processus doivent être élaborés entre les prestataires concernant le processus de consentement éclairé, ainsi que le type d'information qui est essentielle pour fournir des soins tout en minimisant les demandes faites aux usagers pour répéter leur histoire.

**5. *Comment l'expertise et les responsabilités seront-elles partagées entre les prestataires?***

Dans la pratique, la collaboration soutenant les soins de santé primaires peut prendre une grande variété de formes, incluant les modèles interprofessionnels sur place et les stratégies de télésanté à distance. En effet, la valeur et la pertinence de ces options peuvent varier dans le temps en raison des changements dans la composition de la pratique ou des changements dans la main-d'œuvre clinique locale. La sélection des modèles est consécutive au développement de relations axées sur la collaboration.

**6. *Comment les usagers peuvent-ils être assurés qu'ils ne seront pas renvoyés inutilement d'une agence à l'autre ou d'un prestataire à l'autre?***

Malgré leur expertise complémentaire, une variété de prestataires de soins de santé devraient avoir la capacité de traiter les problèmes de toxicomanie. Un des bénéfices de la collaboration devrait être le maintien d'une plate-forme commune d'expertise entre les prestataires.

**7. *Comment l'entreprise de collaboration sera-t-elle soutenue?***

Les administrateurs doivent favoriser la discussion continue entre les prestataires de soins de santé primaires et les autres cliniciens afin qu'ils puissent raffiner leurs pratiques de collaboration. Cette discussion, comme un cercle de qualité, ne produira pas qu'un seul modèle de soins. Plus important encore, elle aidera à s'assurer que les capacités collectives de chaque communauté sont harmonisées avec les besoins changeants des usagers ayant des problèmes de toxicomanie.

**8. *Comment le modèle de soins de santé axés sur la collaboration concorde-t-il avec les politiques et la législation concernant la toxicomanie?***

Les modèles de traitement peuvent ne pas être en accord avec les politiques maintenues par les écoles, les pratiques de la police et les valeurs des individus.

**9. *Comment le modèle de soins de santé axés sur la collaboration concorde-t-il avec les besoins de la communauté concernant la toxicomanie?***

Les besoins varieront entre les communautés et au sein des communautés avec le temps. Les tendances dans l'usage de substances licites et illicites sont variables comme le sont d'autres facteurs démographiques (p. ex., la toxicomanie chez les personnes âgées). Les soins de santé primaires axés sur la collaboration doivent conserver la flexibilité permettant de contrôler et de s'adapter à ces besoins.

## Références et lectures connexes

American Psychiatric Association. *Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders: alcohol, cocaine and opioids*. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1995.

American Society of Addiction Medicine. *Patient placement criteria for the treatment of substance-related disorders* (2e édition). Chevy Chase, MD: American Society of Addiction Medicine, 1996.

Babor TF. Brief intervention strategies for harmful drinkers: new directions for medical education. *CMAJ* 1990;143: 1070-6.

Craven M, Bland R. Meilleures pratiques pour des soins de santé mentale axés sur la collaboration : Une analyse des données existantes (Better Practices in Collaborative Mental Health Care: An Analysis of the Evidence Base). *Can J Psych* 2006; 51 (Suppl 1, mai) À venir.

D'Aunno TA. Linking substance-abuse treatment and primary health care. Dans : Egertson JA, Fox DM, Leshner AI. (sous la direction de) *Treating drug abusers effectively* (pp. 311-31). Malden, MA: Blackwell Publishers, 1997.

De Alba I, Samet JH, Saitz R. (2004). Burden of medical illness in drug- and alcohol-dependent persons without primary care. *Am J Addict* 2004;13(1): 33-45.

Dennis ML, Scott CK, Funk R. An experimental evaluation of recovery management checkups (RMC) for people with chronic substance use disorders. *Eval Program Plann* 2003;26(3): 339-52.

Dickey B, Normand SL, Weiss RD, Drake RE, Azeni H. Medical morbidity, mental illness, and substance use disorders. *Psychiatr Serv* 2002;53(7): 861-7.

Dietz D, Rohde F, Bertolucci D, Dufour M. Prevalence of screening for alcohol use by physicians during routine physical examinations. *Alcohol Health Res World* 1994;18: 162-8.

Duszynski KR, Nieto FJ, Valente CM. Reported practices, attitudes, and confidence levels of primary care physicians regarding patients who abuse alcohol and other drugs. *Md Med J* 1995;44(6): 439-46.

Fleming MF, Mundt MP, French MT, Manwell LB, Stauffacher EA, Barry KL. Benefit-cost analysis of brief physician advice with problem drinkers in primary care settings. *Med Care* 2000; 38(1)7-18.

Friedmann PD, Alexander JA, Jin L, D'Aunno TA. On-site primary care and mental health services in outpatient drug abuse treatment units. *J Behav Health Serv Res* 1999;26(1): 80-94.

Friedmann PD, D'Aunno TA, Jin L, Alexander JA. Medical and psychosocial services in drug abuse treatment: do stronger linkages promote client utilization? *Health Serv Res* 2000;35(2): 443-65.

Friedmann PD, Zhang Z, Hendrickson J, Stein MD, Gerstein DR. Effect of primary medical care on addiction and medical severity in substance abuse treatment programs. *J Gen Intern Med* 2003;18(1): 1-8.

Gagné MA. *Les soins de santé mentale axés sur la collaboration : de quoi s'agit-il? Une introduction au Cadre de travail en soins de santé mentale axés sur la collaboration (What is collaborative mental health care? An introduction to the collaborative mental health care framework)*. Initiative canadienne de collaboration en santé mentale, Mississauga, Ont.: Juin 2005. Disponible au : [www.iccsm.ca](http://www.iccsm.ca)

Grazier KL, Hegedus AM, Carli T, Neal D, Reynolds K. Integration of behavioral and physical health care for a medicaid population through a public-public partnership. *Psychiatr Serv* 2003;54: 1508-12.

Hanna EZ. Attitudes toward problem drinkers, revisited: patient-therapist factors contributing to the differential treatment of patients with alcohol problems. *Alcohol Clin Exp Res* 1991;15(6): 927-31.

Heather N. Brief intervention strategies. Dans : Hester RK et Miller WR (sous la direction de), *Handbook of alcoholism treatment approaches: effective alternatives* (2<sup>e</sup> édition) (pp. 105-22). Boston: Allyn & Bacon, 1995.

Katon W. *How does primary care address mental health needs of mentally ill and substance abusing populations?* Paper presented at the National Primary Care Conference, Washington, DC, Health Resources and Services Administration, March 29-31, 1992.

Kessler RC, Crum RM, Warner LA, Nelson CB, Schulenberg J, Anthony JC. Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54(4): 313-21.

Kotter JP. *Winning at Change*. Leader to Leader. 10, 27-33 (Automne 1998). Disponible au : <http://leadertoleader.org/leaderbooks/L2L/fall98/kotter.html>; consulté le 27 juillet 2005.

Kresina TF, Normand J, Khalsa J, Mitty J, Flanigan T, Francis H. Addressing the need for treatment paradigms for drug-abusing patients with multiple morbidities. *Clin Infect Dis* 2004;38(Suppl 5): S398-S401.

Lamb S, Greenlick MR, McCarty D. (sous la direction de) *Bridging the gap between practice and research: Forging partnerships with community-based drug and alcohol treatment*. Washington, DC: National Academy Press, 1998.

Lewis DC. The role of the generalist in the care of the substance-abusing patient. *Med Clin North Am* 1997;81(4): 831-43.

Marshall EJ, Deehan A. Needs of special groups: drug and alcohol problems. *Int Rev Psychiatry* 1998;10: 136-8.

McLellan AT. "Psychiatric severity" as a predictor of outcome from substance abuse treatment. Dans : Meyer RE (sous la direction de), *Psychopathology and addictive disorders* (pp. 97-139). New York: Guilford Press, 1986.

McLellan AT, Hagan TA, Levine M, Gould F, Meyers K, Bencivengo M, et al. Supplemental social services improve outcomes in public addiction treatment. *Addiction* 1998;93(10): 1489-99.

Miller WR, Wilbourne PL, Hettema JE. What works? A summary of alcohol treatment outcome research. Dans : Hester RK et Miller WR (sous la direction de), *Handbook of alcoholism treatment approaches: effective alternatives* (pp. 13-63). Boston: Allyn & Bacon, 2003.

Mintzberg H. *The rise and fall of strategic planning (Grandeur et décadence de la planification stratégique)*. New York: The Free Press, 1994.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. *The physicians' guide to helping patients with alcohol problems*. (NIH Publication No. 95-3769). Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, 1995.

National Institute on Drug Abuse. *Monitoring the future: National survey results on drug use, 1975-2003. Volume II: College students & adults, ages 19-45, 2003*. Disponible au : [http://www.monitoringthefuture.org/pubs/monographs/vol2\\_2003.pdf](http://www.monitoringthefuture.org/pubs/monographs/vol2_2003.pdf); consulté le 6 juillet 2005.

Pascale RT, Sternin J. Your company's secret change agents. *Harv Bus Rev* 2005;83(5): 72-81,153.

Pautler K, Gagné MA (2005). *Bibliographie annotée des soins de santé mentale axés sur la collaboration (Annotated bibliography of collaborative mental health care)*. Mississauga, Ont.: Initiative canadienne de collaboration en santé mentale; septembre 2005. Disponible au : [www.iccsm.ca](http://www.iccsm.ca)

Pauzé E, Gagné MA (2005). *Soins de santé mentale axés sur la collaboration dans le contexte des soins de santé primaires : Un examen des initiatives canadiennes. Volume II : Description des initiatives (Collaborative mental health care in primary health care: A review of Canadian initiatives. Volume II: Initiative descriptions)*. Mississauga, Ont.: Initiative canadienne de collaboration en santé mentale; novembre 2005. Disponible au : [www.iccsm.ca](http://www.iccsm.ca)

Pauzé E, Gagné MA, Pautler K (2005). *Soins de santé mentale axés sur la collaboration dans le contexte des soins de santé primaires : Un examen des initiatives canadiennes. Volume I : Analyse des initiatives (Collaborative mental health care in primary health care: A review of Canadian initiatives. Volume I: Analysis of initiatives)*. Mississauga, Ont.: Initiative canadienne de collaboration en santé mentale; novembre 2005. Disponible au : [www.iccsm.ca](http://www.iccsm.ca)

Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol* 1992;47(9): 1102-14.

O'Connor PG. The general internist: identification and treatment of substance abuse in primary care settings. *Am J Addict* 1996;5(Suppl 1): S9-S19.

O'Malley SS, Rounsaville BJ, Farren C, Namkoong K, Wu R, Robinson J, et al. Initial and maintenance naltrexone treatment for alcohol dependence using primary care vs specialty care: a nested sequence of 3 randomized trials. *Arch Intern Med* 2003;163(14): 1695-704.

Organisation mondiale de la santé. Quantifying selected major risks to health. In: *World health report 2002: reducing risks, promoting healthy life* (« Quantification de certains risques majeurs pour la santé », dans *Rapport sur la santé dans le monde 2002 : réduire les risques et promouvoir une vie saine*) (chap. 4), 2002. Disponible au : [http://www.who.int/whr/2002/en/whr02\\_ch4.pdf](http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_ch4.pdf); consulté le 4 juillet 2005.

Osher FC. Chapter 10. Co-occurring addictive and mental disorders. Dans : *Mental Health, United States, 2000: Status of mental health services at the millennium* (section 3), 2000. Disponible au : <http://mentalhealth.samhsa.gov/publications/allpubs/SMA01%2D3537/chapter10.asp>; consulté le 8 juillet 2005.

Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA* 1990;264(19): 2511-8.

Rehm J, Room R, Graham K, Monteiro M, Gmel G, Sempos CT. The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview. *Addiction* 2003;98(9): 1209-28.

Rettig RA, Yarmolinsky A. *Federal regulation of methadone treatment*. Washington, DC: National Academy Press, 1995.

Roche AM, Richard GP. Doctors' willingness to intervene in patients' drug and alcohol problems. *Soc Sci Med* 1991;33(9): 1053-61.

Room R, Babor T, Rehm J. Alcohol and public health. *Lancet* 2005;365(9458): 519-30.

Rush BR, Powell LY, Crowe TG, Ellis K. Early intervention for alcohol use: family physicians' motivations and perceived barriers. *CMAJ* 1995;152(6): 863-9.

Saitz R, Larson MJ, Horton NJ, Winter M, Samet JH. Linkage with primary medical care in a prospective cohort of adults with addictions in inpatient detoxification: room for improvement. *Health Serv Res* 2004;39(3): 587-606.

Saitz R, Mulvey KP, Plough A, Samet JH. Physician unawareness of serious substance abuse. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1997; 23: 343-54.

Samet JH, Friedmann P, Saitz R. Benefits of linking primary medical care and substance abuse services: patient, provider, and societal perspectives. *Arch Intern Med* 2001;161(1): 85-91.

Samet JH, Larson MJ, Horton NJ, Doyle K, Winter M, Saitz R. Linking alcohol- and drug-dependent adults to primary medical care: a randomized controlled trial of a multi-disciplinary health intervention in a detoxification unit. *Addiction* 2003; 98(4): 509-16.

Sampson PD, Streissguth AP, Bookstein FL, Little RE, Clarren SK, Dehaene P, et al. Incidence of fetal alcohol syndrome and prevalence of alcohol-related neurodevelopmental disorder. *Teratology* 1997;56(5): 317-26.

Sanchez-Craig M. Brief didactic treatment for alcohol and drug-related problems: an approach based on client choice. *Br J Addict* 1990;85: 169-77.

Somers JM, Goldner EM, Waraich P, Hsu L. Prevalence studies of substance-related disorders: a systematic review of the literature. *Can J Psychiatry* 2004;49(6): 373-84.

Sorensen JL, Rawson RA, Gudyish J, Zweben JE. (sous la direction de) *Drug abuse treatment through collaboration: practice and research partnerships that work*. Washington, DC: American Psychological Association, 2003.

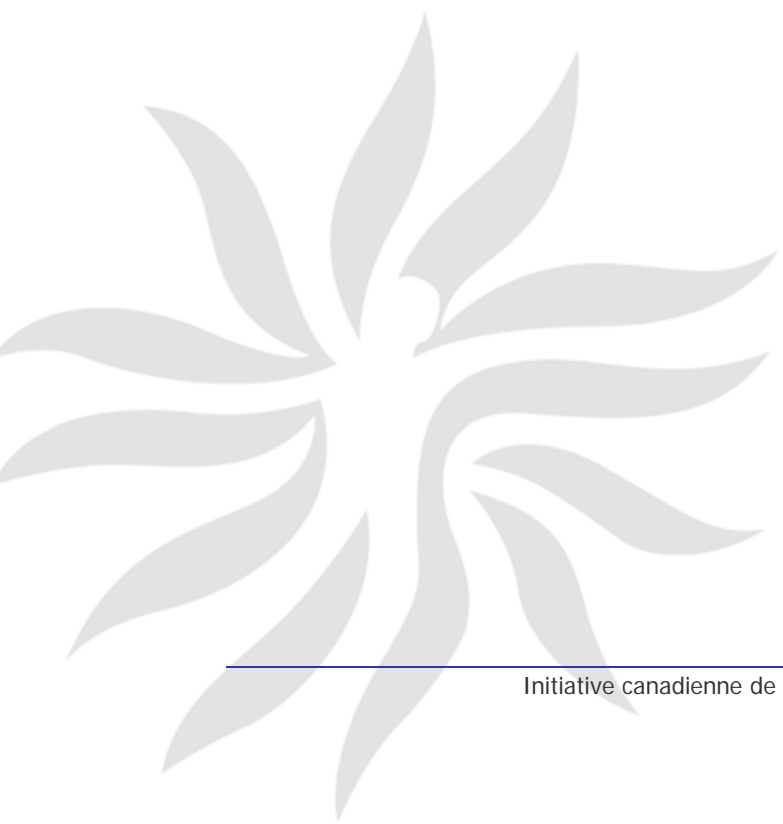
Thom B, Tellez C. A difficult business: detecting and managing alcohol problems in general practice. *Br J Addict* 1986;81(3): 405-18.

Van der Walde H, Urgenson FT, Weltz SH, Hanna FJ. Women and alcoholism: A biopsychosocial perspective and treatment approaches. *J Couns Dev* 2002;80: 145-53.

Établissant des initiatives axées sur la collaboration entre les services de soins de santé mentale  
et les services de soins de santé primaires pour les personnes ayant des problèmes de toxicomanie  
Un document d'accompagnement pour la trousse d'outils de l'ICCSM sur la planification  
et la mise en œuvre pour les prestataires de soins de santé et les planificateurs

*Personnes ayant des problèmes de toxicomanie*

---



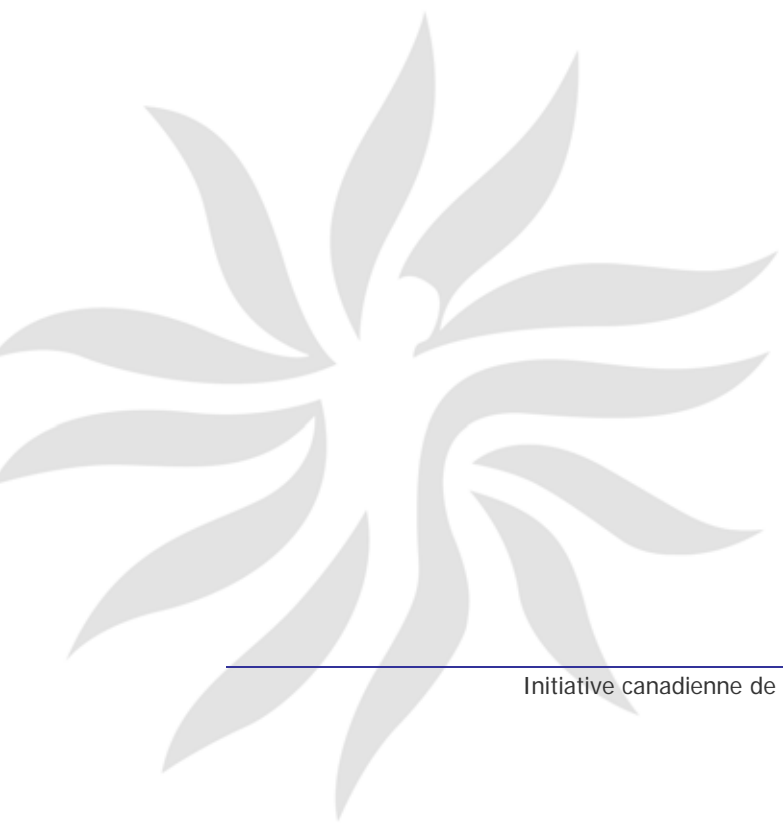
## Annexe A : Processus de consultation

- Plusieurs stratégies de consultation ont été utilisées pour élaborer cette trousse d'outils, notamment :
  - la collaboration d'un groupe d'experts représentant diverses professions à travers le Canada;
  - une étude des soins de santé primaires axés sur la collaboration dans d'autres juridictions, incluant au R.-U.;
  - la sollicitation de renseignements auprès de trois groupes interprofessionnels qui dirigent actuellement la mise en œuvre de soins axés sur la collaboration en C.-B. et au Yukon; et
  - la réunion d'un groupe de réflexion lors d'un congrès à Whitehorse pour soutenir la mise en œuvre régionale des soins de santé primaires axés sur la collaboration pour les problèmes de toxicomanie.

Établissant des initiatives axées sur la collaboration entre les services de soins de santé mentale  
et les services de soins de santé primaires pour les personnes ayant des problèmes de toxicomanie  
Un document d'accompagnement pour la trousse d'outils de l'ICCSM sur la planification  
et la mise en œuvre pour les prestataires de soins de santé et les planificateurs

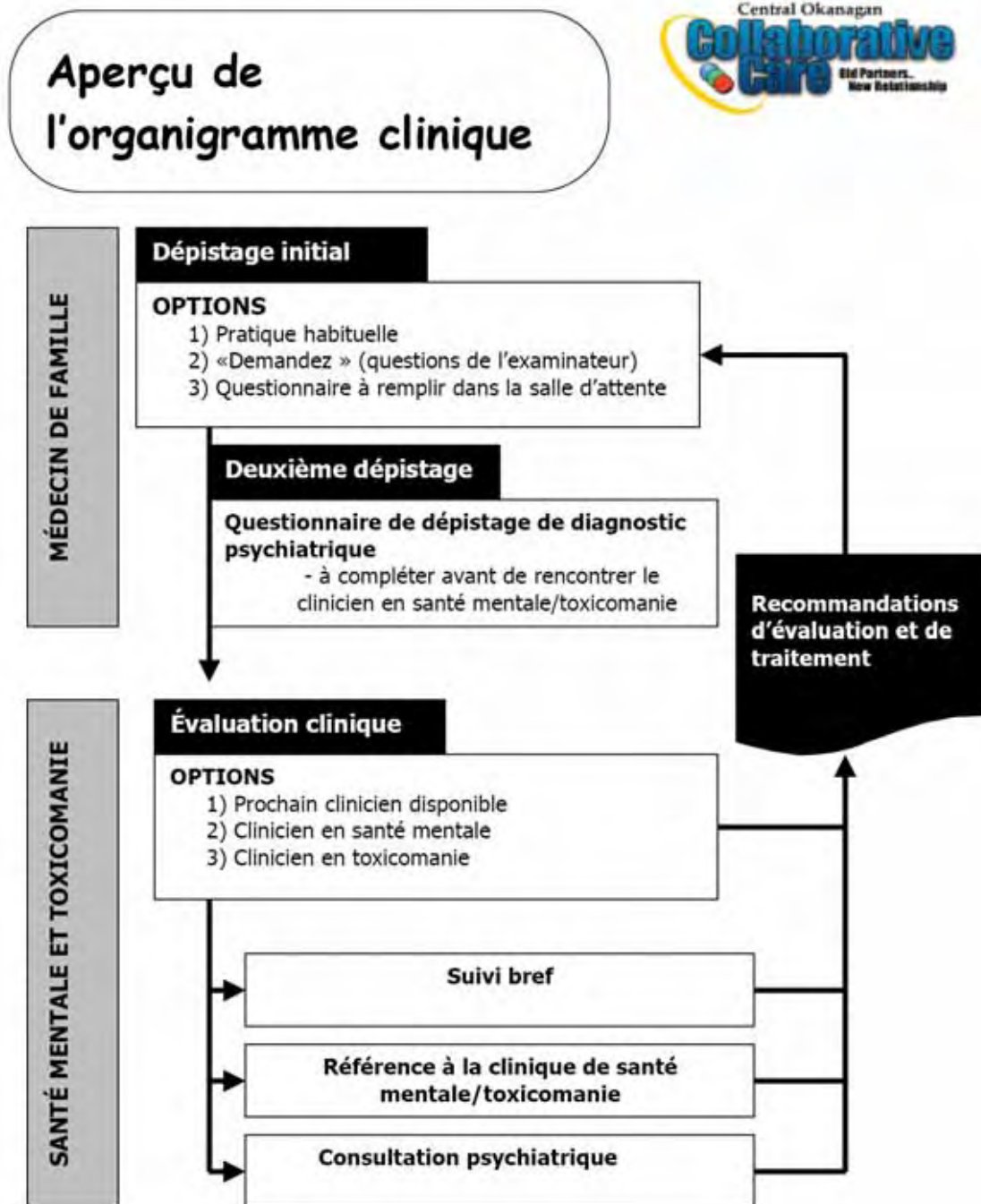
*Personnes ayant des problèmes de toxicomanie*

---



## Annexe B : Outils et ressources

### BROUILLON : Aperçu de l'organigramme clinique



## Guide de dépistage et de référence

### GUIDE DE DÉPISTAGE ET DE RÉFÉRENCE



#### ÉTAPE 1 : QUESTIONS DE DÉPISTAGE INITIAL

Demandez à vos patients adolescents et adultes :

- des questions de dépistage relatives aux meilleures pratiques en santé mentale **et**
- des questions de dépistage relatives aux meilleures pratiques en toxicomanie ou utilisez le CAGE-AID

#### ÉTAPE 2 : DÉPISTAGE SUPPLÉMENTAIRE ET ÉVALUATION

Si la réponse à une des questions de dépistage initial est « oui », vous et votre patient pouvez :

- Impliquer les services pour la dépendance à l'alcool et aux drogues (ADS = Alcohol and Drug Services)
- Impliquer les services de santé mentale (MHS = Mental Health Services)
- Impliquer les Yukon Family Services Association (YFSA)
- Utiliser le formulaire de référence/demande de services et le faire parvenir par télécopieur à l'agence que vous et votre patient considérez comme étant la plus appropriée.

#### ÉTAPE 3 : PARTAGER LES SOINS

ADS, MHS ET YFSA peuvent partager avec vous les soins de personnes souffrant de maladie mentale et de problèmes de toxicomanie.

Cela peut inclure des conférences de cas, des consultations et la planification de soins communs.

#### QUESTIONS DE DÉPISTAGE INITIAL :

**Pour le dépistage en santé mentale, les meilleures pratiques de Santé Canada recommandent de poser ces questions :**

- Avez-vous déjà reçu un diagnostic de maladie mentale par un professionnel de la santé mentale qualifié?
- Avez-vous déjà été hospitalisé pour une maladie reliée à la santé mentale?
- Vous êtes-vous déjà blessé ou avez-vous déjà pensé à vous blesser sans être sous l'effet de l'alcool ou de drogues?

**Pour le dépistage de la toxicomanie, les meilleures pratiques de Santé Canada recommandent de poser ces questions :**

- Avez-vous déjà eu des problèmes reliés à votre consommation d'alcool ou d'autres drogues?
- Est-ce qu'un parent, un ami, un médecin ou un autre travailleur de la santé s'est inquiété concernant votre consommation d'alcool ou d'autres drogues ou a suggéré de la diminuer?
- Avez-vous déjà dit à quelqu'un « Non, je n'ai pas de problèmes (d'alcool ou de drogues) » alors qu'à la même époque, vous vous questionniez et SENTIEZ que vous aviez peut-être un problème ?

**Pour le dépistage de la toxicomanie, vous pouvez aussi utiliser le :**

**CAGE-AID (Cut-down, Angry, Guilty, Eye-opener = Diminution, Colère, Culpabilité, Révélation)**

- Avez-vous déjà pensé que vous devriez diminuer votre consommation d'alcool ou de drogues?
- Est-ce que des personnes vous ont agacé en critiquant votre consommation d'alcool ou de drogues?
- Vous êtes-vous déjà senti mal ou coupable en raison de votre consommation d'alcool ou de drogues?
- Avez-vous déjà pris un verre ou consommé des drogues en vous levant le matin pour calmer vos nerfs, vous débarrasser d'une gueule de bois ou pour commencer votre journée?



## COMMENT JOINDRE ADS, MHS ET YFSA



### SERVICES POUR LA DÉPENDANCE À L'ALCOOL ET AUX DROGUES (ADS)

Sarah Steele Building, 6118 6th Ave., Whitehorse, YT, Y1A 1M9

#### Counseling et traitement

Whitehorse : (867) 667-5777  
Ailleurs au Yukon : 1-800-661-0408  
Télécopieur : (867) 667-8471  
Sans rendez-vous : les mardis, 09:00-11:00

Désintoxication (appels à frais virés acceptés) : (867) 667-8473

### SERVICES DE SANTÉ MENTALE (MHS)

Whitehorse : (867) 667-8346  
Ailleurs au Yukon (appels à frais virés acceptés) : (867) 667-8346  
Télécopieur : (867) 667-8372

### YUKON FAMILY SERVICES ASSOCIATION (YFSA)

Bureau de Whitehorse (Carmacks)  
et Youth Outreach Program (867) 667-2970 Télécopieur : (867) 633-3557  
Ailleurs au Yukon (appels à frais virés acceptés) : (867) 667-2970

Communautés du Yukon :  
Bureau de Dawson City (867) 993-6455 Télécopieur : (867) 993-6456  
(pour Dawson, Mayo et Pelly Crossing)

Bureau de Haines Junction (867) 634-2111 Télécopieur : (867) 634-2333  
(pour Haines Junction, Beaver Creek,  
Burwash Landing, Destruction Bay)

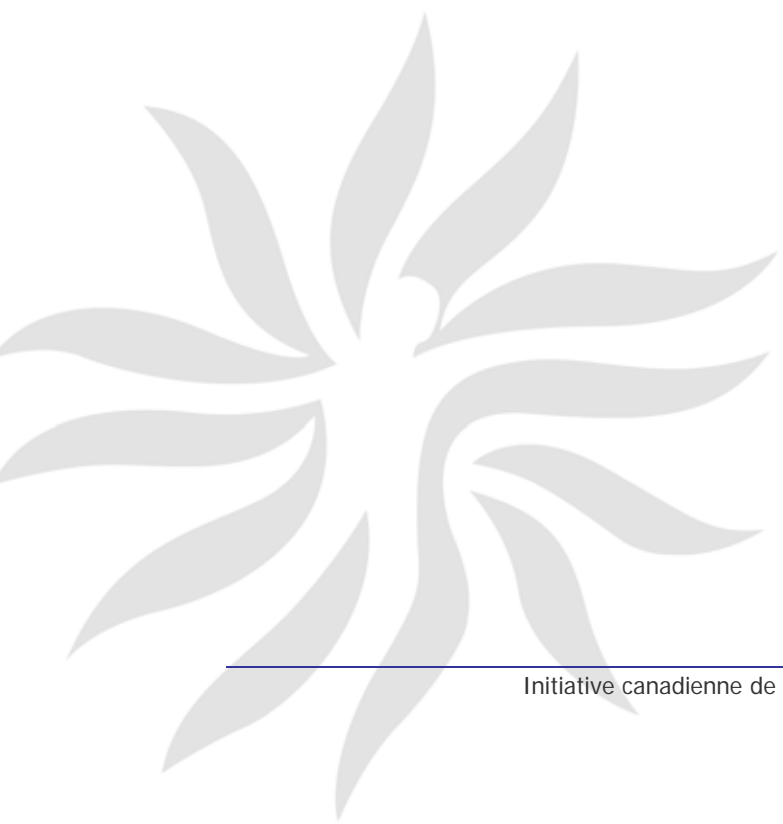
Watson Lake (867) 536-2330 Télécopieur : (867) 536-7854



Établissant des initiatives axées sur la collaboration entre les services de soins de santé mentale  
et les services de soins de santé primaires pour les personnes ayant des problèmes de toxicomanie  
Un document d'accompagnement pour la trousse d'outils de l'ICCSM sur la planification  
et la mise en œuvre pour les prestataires de soins de santé et les planificateurs

*Personnes ayant des problèmes de toxicomanie*

---



## Annexe C : Glossaire des termes et Index des acronymes

### Glossaire des termes

**Déterminants de la santé** – Facteurs de la vie quotidienne et de l'environnement de travail d'une personne qui peuvent affecter sa santé (p. ex., hébergement, scolarité, revenus, emploi, culture, environnement physique, équité).

**Gestion des maladies chroniques (GMC)** – Approche systématique visant à améliorer les soins de santé dispensés aux personnes souffrant de maladies chroniques en les aidant à conserver leur autonomie et le meilleur état de santé possible grâce à la prévention, au dépistage précoce et à la gestion des états chroniques (Colombie-Britannique, Ministry of Health Services, 2004).

**Meilleures pratiques** – Technique ou méthodologie dont on a prouvé, par l'expérience et la recherche, la fiabilité à produire le résultat désiré. [Termes interchangeables : « pratiques exemplaires » et « bonnes pratiques »] (Santé Canada, 1998).

**Interdisciplinaire** – Gamme d'activités de collaboration entreprises par une équipe de deux individus ou plus englobant différentes disciplines qui appliquent les méthodes et les approches de leurs disciplines respectives.

**Prévention** – Interventions axées sur les facteurs de risque de maladies spécifiques dans le but de prévenir la première apparition de la maladie, de freiner ou de retarder une maladie diagnostiquée et ses effets, ou de réduire les risques de rechutes.

**Promotion de la santé** – La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer (La Charte d'Ottawa, OMS, 1986).

**Promotion de la santé mentale** – Démarche visant à améliorer la capacité des individus et des collectivités à prendre en main leur vie et à améliorer leur santé mentale (Santé Canada, 1998).

**Rétablissement** – Processus unique et fondamentalement personnel consistant à changer d'attitude, de valeurs, de sentiments, de buts, d'aptitudes et de rôle. Il s'agit d'une façon de vivre une vie satisfaisante, remplie d'espoir et axée sur la participation malgré les limites infligées par la maladie. Le rétablissement nécessite de trouver un nouveau sens et un nouvel intérêt à sa vie après avoir appris à surmonter les effets dévastateurs de la maladie mentale (Anthony, 1993).

**Soins de santé mentale primaires** – Services de santé mentale qui sont dispensés dans le contexte des soins de santé primaires. Ils peuvent avoir lieu au cabinet des prestataires de soins de santé, dans les cliniques communautaires, sur les lieux de travail, dans les écoles, à domicile, dans les établissements de soins de santé, les foyers de personnes âgées, les maisons de repos, les établissements correctionnels et les centres de jour. Les soins de santé mentale primaires peuvent aussi être offerts par téléphone, par les services d'information en santé et par Internet.

**Soins de santé primaires** – Le premier contact de l'individu avec le système de santé, caractérisé par un éventail de services de santé globaux, coordonnés et continus, notamment la promotion de la santé, le diagnostic, le traitement et la gestion des maladies chroniques.

**Soins de santé primaires axés sur la collaboration** – Premier contact de l'individu avec la prestation de services du système de santé par deux intervenants différents ou plus (professionnels de la santé, usagers, familles, organisations de soins de santé primaires, organismes communautaires) qui travaillent conjointement au sein d'un partenariat caractérisé par :

- Des buts et un intérêt communs
- La reconnaissance et le respect des forces et des différences propres à chacun
- Une prise de décisions équitable et efficace
- Une communication claire et régulière

Dans le but :

- De faciliter l'accès à une gamme complète de services (traitement, promotion de la santé, prévention des maladies et des blessures, gestion des maladies chroniques et entraide) dispensés par le prestataire le plus approprié, à l'endroit le plus adéquat
- D'offrir efficacement des soins de santé de la plus haute qualité qui soit
- D'utiliser rationnellement les ressources
- D'améliorer les résultats pour l'utilisateur

**Spécialiste de la santé mentale** – Personne dotée d'une expertise en santé mentale, qu'elle soit reliée à la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic, le traitement ou la réhabilitation.

## **Index des acronymes**

APA	American Psychiatric Association
ASAM	American Society of Addiction Medicine
BCYCCI	BC/Yukon Collaborative Care Initiative
DME	Dossier médical électronique
DNLA	Désordre neurologique lié à l'alcool
ICCSM	Initiative canadienne de collaboration en santé mentale
NIAAA	National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
SAF	Syndrome d'alcoolisme foetal



## Série de trousse d'outils

Cette trousse d'outils fait partie d'une série de douze trousse d'outils.

### Trousse d'outils de mise en œuvre pour les prestataires de soins de santé et les planificateurs

1. Collaboration entre les services de soins de santé mentale et les services de soins de santé primaires : Une trousse d'outils sur la planification et la mise en œuvre pour les prestataires de soins de santé et les planificateurs  
*Une série de documents d'accompagnement pour la trousse d'outils de l'ICCSM sur la planification et la mise en œuvre pour les prestataires de soins de santé et les planificateurs. Établissant des initiatives axées sur la collaboration entre les soins de santé mentale et les soins de santé primaires pour les*
2. Populations autochtones
3. Enfants et adolescents
4. Populations ethno-culturelles
5. Personnes atteintes d'une maladie mentale grave

6. Personnes ayant des problèmes de toxicomanie

7. Populations rurales et isolées
8. Personnes âgées
9. Populations urbaines marginalisées

### Trousse d'outils pour les usagers, les familles et les aidants naturels

10. Travaillant ensemble vers le rétablissement : les usagers, les familles, les aidants naturels et les prestataires de soins
11. Vers le rétablissement : Guide de santé mentale pour les peuples des Premières Nations

### Trousse d'outils pour les éducateurs

12. Renforcer la collaboration par la formation interprofessionnelle : Une ressource pour la collaboration entre les éducateurs en santé mentale

Une série de documents qui examinent les divers aspects des soins de santé mentale axés sur la collaboration accompagnent ces trousse d'outils :

- |   |  |
|---|--|
| 1. Obstacles et stratégies                  | 8. Ressources humaines dans le domaine de la santé                       |
| 2. Cadre de travail                         | 9. Prévalence de la maladie mentale et utilisation des services connexes |
| 3. Bibliographie annotée                    | 10. Formation interprofessionnelle                                       |
| 4. Meilleures pratiques                     | 11. Santé mentale des Autochtones [non publié]                           |
| 5. Initiatives canadiennes                  | 12. État des soins de santé mentale axés sur la collaboration            |
| 6. Examen des politiques                    |  |
| 7. Initiatives internationales [non publié] |  |

## Comité directeur

**Joan Montgomery**

**Phil Upshall**

*Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale*

**Terry Krupa**

**Darene Toal-Sullivan**

*Association canadienne des ergothérapeutes*

**Elaine Campbell**

**Jake Kuiken**

**Eugenia Repetur Moreno**

*Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux*

**Keith Lowe**

**Penelope Marrett**

**Bonnie Pape**

*Association canadienne pour la santé mentale*

**Janet Davies**

*Association des infirmières et infirmiers du Canada*

**David Gardner**

**Barry Power**

*Association des pharmaciens du Canada*

**Nick Kates [président de l'ICCSM]**

**Francine Knoops**

*Association des psychiatres du Canada*

**Linda Dietrich**

**Marsha Sharp**

*Diététistes du Canada*

**Denise Kayto**

*Fédération canadienne des infirmières*

*et infirmiers en santé mentale*

**Robert Allen**

**Barbara Lowe**

**Annette Osted**

*Infirmières et infirmiers psychiatriques  
autorisés du Canada*

**Marilyn Craven**

**Francine Lemire**

*Le Collège des médecins de famille  
du Canada*

**Lorraine Breault**

**Karen Cohen**

*Société canadienne de psychologie*

**Scott Dudgeon**

*Directeur général*

### Secrétariat de l'ICCSM

Maureen Desmarais, Coordonnatrice de projet

Scott Dudgeon, Directeur général

Marie-Anik Gagné, Gestionnaire de projet

Valerie Gust, Gestionnaire de communications

Tina MacLean, Adjointe de recherche

Jeneviève Mannell, Assistante en

communications

Enette Pauzé, Coordonnatrice de recherche

Enric Ribas, Assistant en graphisme

Shelley Robinson, Adjointe administrative

### Initiative canadienne de collaboration en santé mentale

2630 avenue Skymark

Mississauga, Ont. L4W 5A4

Tél. : (905) 629-0900

Télec. : (905) 629-0893

Courriel : [info@iccsm.ca](mailto:info@iccsm.ca)

[www.iccsm.ca](http://www.iccsm.ca)