

**Rapport sommaire :
Expérience et
expertise des personnes
ayant un savoir
passé et présent
sur l'intégration
des services de santé
mentale et de santé
liée à l'usage de
substances au Canada**



Commission de
la santé mentale
du Canada

Mental Health
Commission
of Canada



Centre canadien sur
les dépendances et
l'usage de substances



Remerciements

Cette étude a été menée par des membres de l'équipe de recherche de l'Association communautaire d'entraide par les pairs contre les addictions (ACEPA) :

- Brianne Peters
- Lisha Di Gioacchino
- Andrew Pump
- Karen Hidalgo
- Ashleigh Hyland

CONTRIBUTEURS

Ce rapport s'intéresse à la manière dont les personnes au Canada font l'expérience des services intégrés formels lorsqu'elles ont des questions ou des inquiétudes concernant leur santé mentale et l'usage de substances. Un thème tout aussi important est ressorti des entretiens et des groupes de discussion : les manifestations de « service » que les participants à l'étude accordent à leurs amis, à leur famille et à des inconnus, et qui viennent en complément des services formels ou les remplacent. Ces manifestations quotidiennes sont au cœur du concept de bien-être intégré et auraient pu faire l'objet d'une étude à part entière. Nous remercions donc les participants de nous les avoir communiquées et espérons qu'ils constateront dans le présent rapport combien leur contribution est précieuse.

This document is available in English.

Information concernant la citation

Citation suggérée : Commission de la santé mentale du Canada, Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances et Association communautaire d'entraide par les pairs contre les addictions (2023). *Rapport sommaire : Expérience et expertise des personnes ayant un savoir passé et présent sur l'intégration des services de santé mentale et de santé liée à l'usage de substances au Canada.*

© Commission de la santé mentale du Canada, 2023

Les auteurs ont incorporé les divers points de vue des participants à cette étude, lesquels ne reflètent pas forcément ceux de l'ACEPA, du Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances ou de la Commission de la santé mentale du Canada. Le rapport complet est disponible sur demande auprès de : infocsmc@commissionsantementale.ca

ISBN : 978-1-77318-316-9



Le présent matériel a été produit grâce à la contribution financière de Santé Canada.



Table des matières

Remerciements	2
----------------------	----------

Contributeurs	2
---------------	---

Résumé	4
---------------	----------

Introduction	4
--------------	---

Méthode	4
---------	---

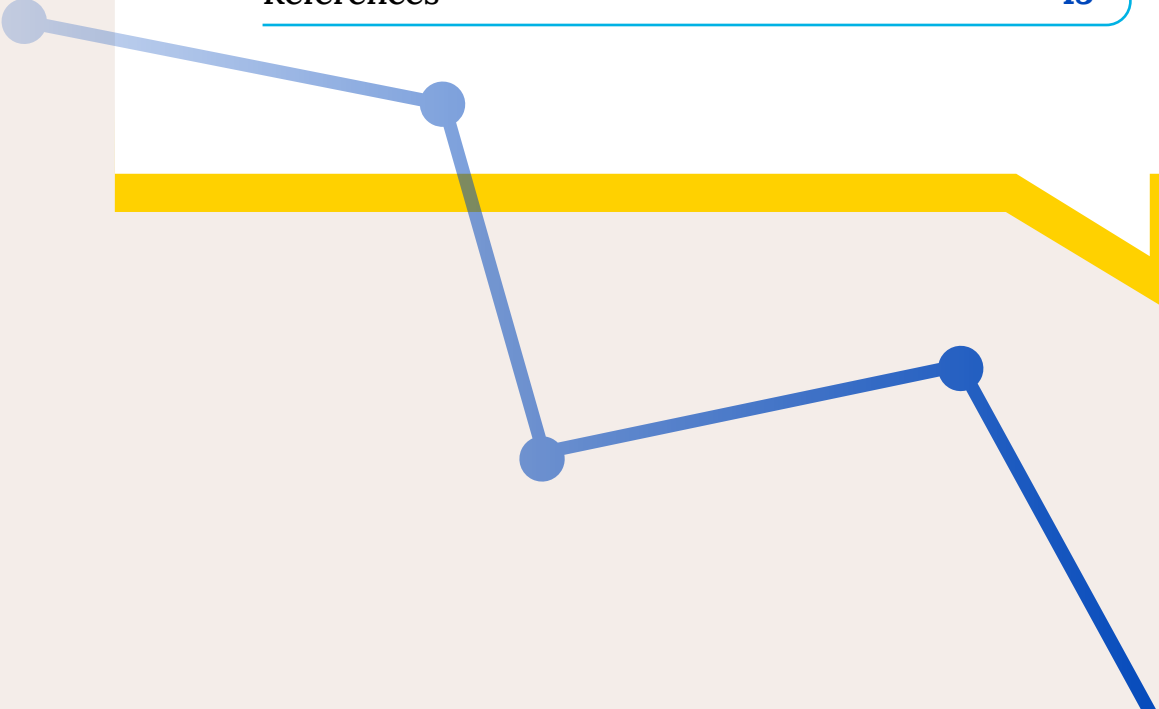
Résultats	5
-----------	---

Implications pratiques et politiques	10
--------------------------------------	----

Limites de l'étude	11
--------------------	----

Conclusion	12
-------------------	-----------

Références	13
-------------------	-----------



Résumé



INTRODUCTION

Alors que les services intégrés de santé mentale et de santé liée à l'utilisation de substances sont étudiés depuis plus de vingt ans,^{1,2,3,4,5,6,7,8} il n'existe aucune étude récente ou complète – en particulier avec une méthodologie de recherche par les pairs – sur la façon dont les personnes qui utilisent ces services vivent l'intégration.⁹⁻¹⁰

Pour répondre à ce besoin, cette étude explore (1) comment les personnes ayant une expérience vécue ou vivante (PAEUV) définissent l'intégration des services, (2) quelles sont les lacunes et les demandes dans les services de santé mentale et/ou de santé liée à l'utilisation de substances, (3) pourquoi les participants soutiennent ou ne soutiennent pas une intégration plus poussée des services, (4) quels goulots d'étranglement systémiques empêchent une intégration significative, et (5) quelles sont les caractéristiques que les participants considèrent comme importantes pour une prestation de services efficace.

À l'heure où le Canada établit ses premières normes nationales de soins en matière de santé mentale et de santé liée à l'utilisation de substances, ce rapport examine les expériences variées de PAEUV afin d'étayer ses recommandations politiques et pratiques visant à améliorer les prestations, à faire correspondre les besoins aux services et à mettre en place des mesures incitatives systémiques.

MÉTHODE

Cette étude a été dirigée et rédigée par une équipe de recherche composée de cinq experts en la matière vivant bien avec des troubles liés à l'utilisation de substances et à la santé mentale au sein de l'ACEPA (l'Association communautaire d'entraide par les pairs contre les addictions), une organisation qui s'efforce de mettre fin à la stigmatisation systémique et d'améliorer la santé des personnes qui utilisent des substances. Conformément à Braun et Clarke,¹¹ on a utilisé une approche méthodologique mixte, en recourant à une analyse thématique réflexive de groupes de discussion semi-structurés et ouverts et d'entrevues avec des informateurs clés. Des informations démographiques et des opinions sur l'intégration des services ont été collectées par le biais d'une brève enquête adressée à tous les participants.

Les participants admissibles étaient des résidents du Canada, âgés de 18 ans ou plus, qui avaient accédé à un service de santé mentale et/ou de santé liée à l'utilisation de substances ($n = 102$). L'équipe de recherche a utilisé un appel ouvert sur les médias sociaux pour recruter des participants pour les groupes de discussion en ligne ($n = 77$) et des invitations personnelles au personnel d'une clinique de prévention des surdoses pour recruter des participants pour les groupes de discussion en personne ($n = 11$). Des informateurs clés ont ensuite été sélectionnés pour des entrevues individuelles ($n = 14$) sur la base d'un échantillonnage de commodité et d'un échantillonnage en boule de neige, ciblant une diversité de représentation démographique et

d'expérience. Une fois acceptés dans l'étude, tous les participants ont été invités à répondre à l'enquête (n = 63 ; taux de réponse de 62 %).

Les résultats ont été analysés de manière indépendante et thématique par chaque membre de l'équipe de recherche de l'ACEPA et n'ont été considérés comme valables que s'ils avaient été triangulés. L'équipe a présenté une analyse préliminaire des résultats lors d'un atelier avec les participants à l'étude, qui ont confirmé les résultats.

RÉSULTATS

L'analyse a révélé quatre thèmes principaux : (1) comment les participants définissent les services intégrés, (2) quelles sont les raisons les plus courantes de rechercher des services de santé mentale et/ou de santé liée à l'utilisation de substances, (3) ce que les participants pensent des services intégrés, et (4) quels sont les obstacles systémiques à une intégration significative. Un cinquième thème global a également émergé sur les caractéristiques des prestataires efficaces de services intégrés de santé mentale, de santé liée à l'utilisation de substances ou de tout autre service.

Définir les services intégrés

Les participants ont donné une définition large des services intégrés. Leurs expériences ont porté sur les services de santé mentale et de santé liée à l'utilisation de substances, mais aussi sur d'autres domaines :

- Le bien-être économique et social.
- Le soutien à la famille et à la communauté.
- Les organisations qui ont « intégré » multiples parcours de soins (p. ex., la réduction des risques et l'abstinence)
- Les services favorisant le bien-être (p. ex., les centres de conditionnement physique et les organisations confessionnelles)
- La santé physique

Les raisons les plus courantes de rechercher des services

Les données de l'enquête auprès des participants indiquent que la consommation d'alcool et de stimulants est le problème de santé le plus courant lié à l'utilisation de substances, tandis que l'anxiété et les troubles de l'humeur (p. ex., la dépression et les troubles bipolaires) sont les problèmes de santé mentale les plus fréquents.



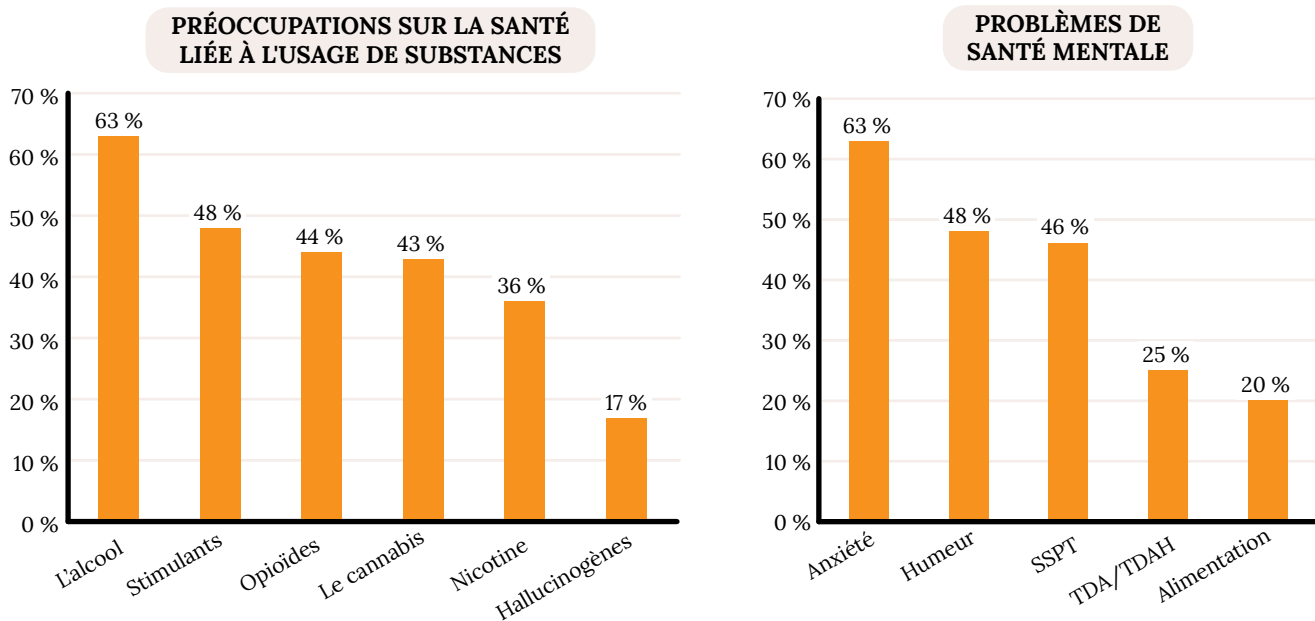


Figure 1 : Préoccupations les plus signalées en matière de santé mentale et de santé liée à l'utilisation de substances

D'après les entrevues avec les groupes de discussion, les problèmes concomitants les plus fréquents étaient (1) l'alcool et l'anxiété, et (2) la cocaïne et le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). Les traumatismes (enfance, âge adulte, intergénérationnel) sont la cause sous-jacente la plus fréquente : les données de l'enquête ont montré que 77 % des participants avaient vécu au moins une expérience négative dans leur enfance, tandis que les entrevues avec les groupes de discussion et les informateurs clés ont indiqué que de nombreux participants en avaient vécu plus d'une.

Soutien aux services intégrés

La poursuite de l'intégration des services de santé mentale et de santé liée à l'utilisation de substances bénéficie d'un soutien massif. Une forte majorité (89 %) des répondants à l'enquête y sont favorables, 70 % d'entre eux estimant que cela améliorerait l'accès et la qualité des services. Les réponses des groupes de discussion ont mis en évidence trois raisons principales de préférer les services intégrés : leur capacité à (1) garantir la diversité et la profondeur de l'expertise requise pour les questions complexes, (2) coordonner et simplifier la logistique des soins, et (3) garantir que les questions concomitantes soient traitées en même temps (ou aussi simultanément que possible).

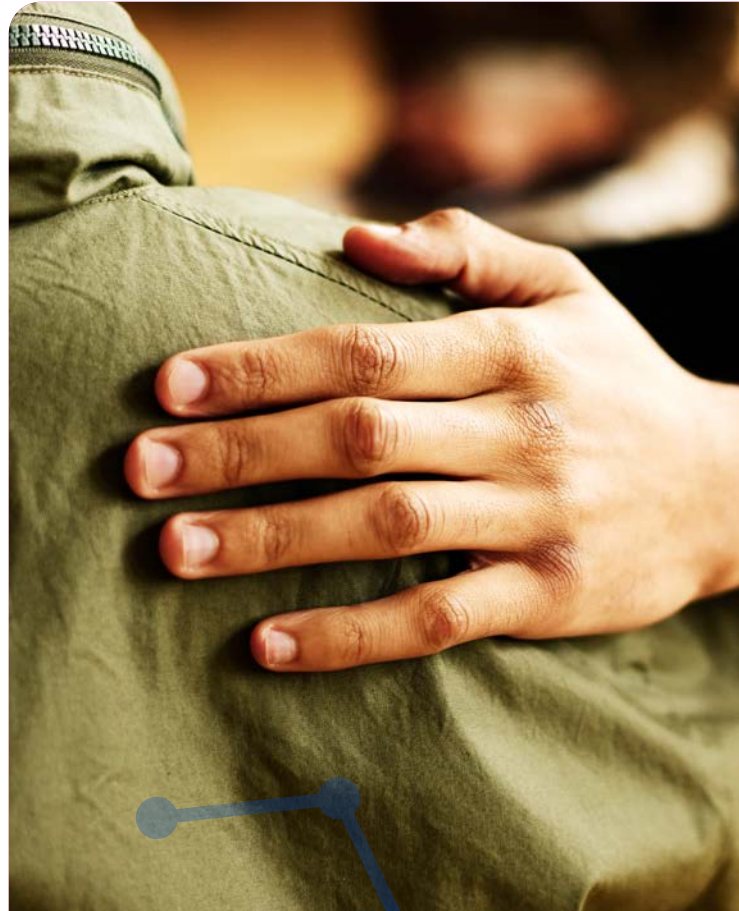
Préoccupations concernant les services intégrés

Dans un petit nombre de cas, le soutien aux services intégrés était moins solide. Certains participants craignaient, ou avaient connu, des processus d'admission lourds, une perte de spécialisation dans leur traitement ou des temps d'attente plus longs si leurs problèmes n'étaient pas « assez complexes ». Il y avait également un certain ressentiment historique pour avoir été « forcé » de travailler avec des prestataires de services qui les avaient précédemment rejetés. Un exemple courant est celui de l'exclusion des services de santé mentale jusqu'à ce que l'utilisation de substances soit maîtrisée :

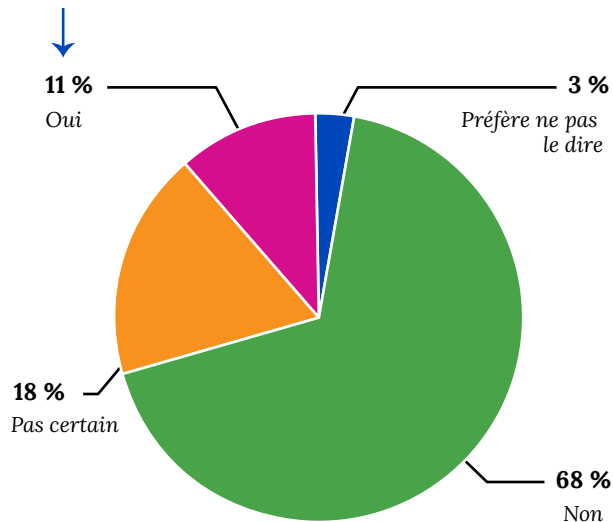
Il y a huit ou dix ans, ma fille a consulté un psychiatre pour soigner son anxiété et sa dépression. Le psychiatre lui a essentiellement dit : « Tant que tu n'auras pas réglé ton problème de dépendance, je ne t'aiderai pas ». Aujourd'hui, les choses ont changé.
(Participant à un groupe de discussion et parent d'une personne ayant une expérience vivante)

La stigmatisation mutuelle est un obstacle à l'intégration des services

Les données de l'enquête ont démontré que 21 % des participants ayant un problème de santé mentale (non lié à un trouble de l'utilisation de substances) ne se sentaient pas à l'aise pour utiliser des services comprenant des soins de santé liée à l'utilisation de substances, tandis que 11 % des participants ayant un problème de santé liée à l'utilisation de substances (uniquement) ne se sentaient pas à l'aise pour utiliser des services comprenant des soins de santé mentale.



SI VOUS AVEZ UN PROBLÈME DE SANTÉ LIÉE À L'UTILISATION DE SUBSTANCES, CELA VOUS DÉRANGERAIT-IL DE VOUS RENDRE DANS UN CENTRE INTÉGRÉ QUI COMPREND ÉGALEMENT DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE ?



SI VOUS AVEZ UN PROBLÈME DE SANTÉ MENTALE, CELA VOUS DÉRANGERAIT-IL DE VOUS RENDRE DANS UN CENTRE INTÉGRÉ QUI COMPREND ÉGALEMENT DES SERVICES DE SANTÉ LIÉE À L'UTILISATION DE SUBSTANCES ?

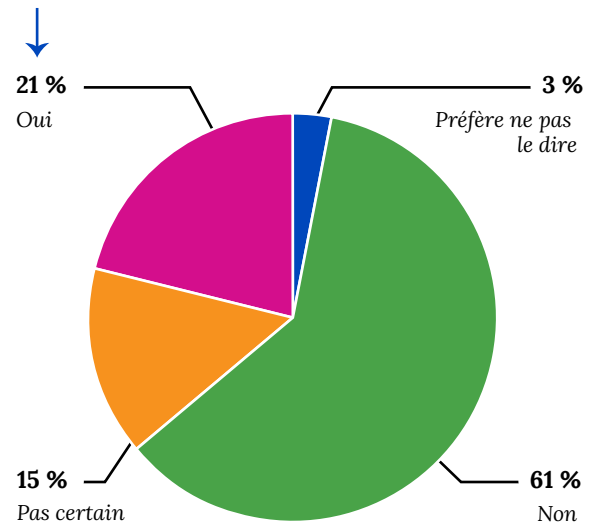


Figure 2 : Réponses à l'enquête sur la stigmatisation

Cette stigmatisation mutuelle, bien que plus prononcée à l'égard des personnes qui utilisent des substances, a conduit certains participants à préférer des « portes séparées » pour les services de santé mentale et les services de santé liée à l'utilisation de substances.

Goulots d'étranglement systémiques

Certains participants à l'étude étaient des fournisseurs de services de santé expérimentés. De leur double point de vue d'utilisateur et de fournisseurs de services, ils ont observé les obstacles suivants à une intégration significative :

- Une réticence à partager les patients avec d'autres agences parce que cela signifie également une facturation partagée.
- Les mesures, les rapports et les compensations pour la communication, la coordination et l'orientation interagences ne sont pas cohérents.
- Une culture « d'intermédiaire » professionnel (gatekeeping), c'est-à-dire l'environnement territorial de certaines spécialités de soins de santé.

- Un manque d'expertise en matière de santé mentale, de santé liée à l'utilisation de substances et de troubles concomitants, en particulier dans le domaine de la prévention (p. ex., le dépistage et l'évaluation, la connaissance de la manière d'avoir des conversations de base avec les patients).

Le commentaire d'un informateur clé souligne les effets de ces obstacles pour les utilisateurs et les fournisseurs de services:

lorsque je parle de « dépistage », tout ce que je veux dire, c'est qu'il faut poser la question suivante : « Comment va votre santé physique ? Comment va votre santé mentale ? Comment va votre santé liée à l'usage de substances ? Personne ne pose ces questions. »

Les « meilleures expériences de service » ne se limitent pas à l'intégration

Interrogés sur les expériences de service qui ont fait le plus de différence, les participants ont rarement évoqué l'expertise en matière de santé mentale et de santé liée à l'utilisation de substances ou le lieu en premier. Ils ont plutôt mentionné la disposition et la compétence d'un soignant individuel—souvent en citant son nom. Les caractéristiques des soignants exceptionnels sont conformes aux principes qui sous-tendent les soins fondés sur les traumatismes et la violence et d'autres approches centrées sur le patient (p. ex., la compassion, l'empathie, des attentes raisonnables, la compétence, la patience). Leur capacité à adapter les soins à un contexte spécifique est également importante (p. ex., pouvoir s'appuyer sur des données probantes et des expériences liées aux différences de genre, de sexualité, de race, de revenu et de culture). De plus, les utilisateurs de services apprécient les fournisseurs qui adoptent une approche des soins fondée sur les points forts et qui ne se concentrent pas uniquement sur les patients en tant que « problèmes à résoudre ». Un membre d'un groupe de discussion l'a exprimé comme suit :

Voici ce qui a fonctionné pour moi. Mon médecin m'a dit : « Cela ne marchera peut-être pas la première fois, et si ce n'est pas le cas, ce n'est pas grave, revenez. Nous allons essayer quelque chose de nouveau, et c'est bien ainsi. » Il y a donc une attente, ou bien la personne se dit : « Je reviendrai si ça ne marche pas, parce que ce n'est pas ma faute ». Elle ne sera pas surprise de me voir arriver parce qu'elle m'a déjà dit : « Écoutez, il faudra peut-être un peu de temps pour trouver une solution. Nous y arriverons ensemble, mais vous n'êtes pas seul. »

Les meilleures expériences étaient également liées à des thérapeutes, des médecins, des infirmières et des conseillers ayant leur propre expérience d'utilisation de substances et de la maladie mentale. Ils ont été préférés parce qu'ils (1) donnaient la priorité à l'implication du patient, (2) avaient une approche plus pratique, (3) montraient que le bien-être était possible, (4) étaient plus ouverts au suivi et aux soins continus, (5) comprenaient la stigmatisation et étaient sensibles aux traumatismes, et (6) pouvaient aller « au cœur du problème » rapidement et de manière authentique en « lisant entre les lignes ». Selon un participant au groupe de discussion :

Les fournisseurs de services qui ont l'expertise technique et l'expérience vécue—c'est ce qui a fonctionné pour moi. L'expérience de l'empathie a quelque chose de particulier. C'est un peu comme si vous étiez un décodeur. Il y a certains marqueurs, et cela vient de « l'intuition de l'expérience ». Ce n'est pas seulement une compétence, c'est presque une intuition. Ce sont toutes les choses sous-jacentes qui ne sont pas dites qui en disent long.

IMPLICATIONS PRATIQUES ET POLITIQUES

Pour formuler des recommandations, les analyses de l'équipe de recherche ont classé les données en trois catégories thématiques :

1. Questions immédiates et pratiques liées à la prestation de services directs
2. Une meilleure adéquation entre les besoins et les services tout au long du spectre du bien-être et de la maladie (et non pas seulement pendant les périodes de besoins aigus).
3. Incitations systémiques à l'amélioration de la communication, de la coordination et de l'orientation interagences

Prestation de services

1. **Actualiser les connaissances et l'expertise sur les troubles concomitants.** Les participants ont indiqué qu'il était nécessaire de disposer d'une plus grande expertise clinique sur les troubles concomitants en général et d'une expertise plus particulière sur les troubles alimentaires et l'autisme « moins connus », y compris leurs liens avec les troubles liés à l'utilisation de substances.
2. **Examiner et évaluer les possibilités de formation continue pour les professionnels de la santé mentale et de santé liée à l'utilisation de substances.** Ces examens pourraient permettre de déterminer si (1) le développement des compétences correspond aux besoins actuels et à la demande des PAEVV, (2) l'accent est suffisamment mis sur la mise en œuvre, l'action et le partage des connaissances avec les collègues, (3) les approches de l'apprentissage devraient inclure une approche interdisciplinaire, basée sur l'équipe et la collaboration.
3. **Intégrer des principes généraux de soins dans la prestation de services.** Il s'agit notamment des soins fondés sur les traumatismes et la violence (et d'autres approches centrées sur le patient ou dirigées par lui), d'une optique intersectionnelle et d'une orientation fondée sur les points forts.

4. **Continuer à offrir des services qui donnent la priorité à l'autonomie et à l'autodéfinition du bien-être sans jugement.** Les participants ont apprécié la reconnaissance croissante, au cours de la dernière décennie, de l'éventail des options et des résultats en matière de bien-être, en particulier la réduction des dommages et les approches pharmacologiques pour les personnes souffrant de troubles liés à l'utilisation de substances. Les participants ont recommandé d'intégrer ces approches dans les soins, de développer une plus grande expertise en la matière et de mettre fin à la stigmatisation associée aux approches non fondées sur l'abstinence.
5. **Intégrer des professionnels ayant une expérience vivante et vécue en tant que prestataires de services.** Bien que les participants ne suggèrent pas que l'expérience d'un trouble soit nécessaire pour être un prestataire de services efficace (ou que les PAEVV possèdent universellement ces compétences), l'intégration de leur expertise peut apporter une valeur significative en termes d'humanisation de la prestation de services, de réduction de la stigmatisation et de fourniture de soins plus actuels, plus compatissants et plus pratiques.

Adapter les besoins aux services

6. **Examiner les besoins en services tout au long du spectre du bien-être afin d'en assurer une distribution précise et rentable.** Les participants ont suggéré la nécessité (1) de conversations plus régulières sur la santé mentale et de santé liée à l'utilisation de substances dès le début (p. ex., lors des examens de routine, comme cela se fait pour la santé physique), (2) d'une meilleure formation sur la manière et le moment d'utiliser les interventions brèves (p. ex., les outils de dépistage et d'évaluation), et (3) d'une meilleure connaissance des options d'orientation vers les soutiens communautaires par les pairs en tant que mesure préventive ou pour un bien-être continu.

« Il ne devrait pas être nécessaire de se qualifier pour obtenir de l'aide. Il y a là une vérité. [À l'heure actuelle], les gens doivent être au plus mal [pour obtenir des soins], en particulier en ce qui concerne leur santé mentale. Ils doivent présenter des symptômes aigus ou chroniques pour que les portes s'ouvrent. » (informateur clé)

LIMITES DE L'ÉTUDE

Les niveaux de préoccupations et de troubles concomitants au sein de la population étudiée étaient significativement plus élevés que la moyenne de la population au Canada. Il sera donc important d'explorer les expériences des personnes ayant des problèmes de santé plus modérés avant de généraliser le besoin de services intégrés. Par ailleurs, l'étude ne comptait aucun participant issu des territoires canadiens.

Incitations systémiques

7. **Créer des mécanismes de mesure, d'incitation financière et de rémunération de la communication, de la coordination et de l'orientation interagences.** Ces éléments doivent être systématiquement intégrés dans les descriptions de tâches, les plans de travail, les évaluations du rendement et les exigences institutionnelles en matière de rapports – et être rémunérés en conséquence.
8. **Mettre en place une agence d'évaluation et d'orientation centralisée et coordonnée.** Un organisme-cadre dont l'objectif principal est d'établir des liens entre les agences (et dont la valeur est mesurée en fonction de sa capacité à le faire) pourrait agir comme un mécanisme de « vide non-comblé » avec des contrôles de responsabilité intégrés pour offrir des services de santé mentale, de santé liée à l'utilisation de substances et de santé physique.



Conclusion



« La transformation de notre système de santé est difficile parce que nous essayons de réparer les pneus d'un véhicule en mouvement »
(informateur clé).

Le rapport complet dresse une liste exhaustive de « pièces détachées » et de suggestions systémiques visant à améliorer la prestation de services intégrés au Canada. Si les scientifiques et les PAEVV ont déjà formulé bon nombre de ces recommandations, les décideurs politiques et le public font aujourd'hui

preuve d'un optimisme politique prudent et d'un sentiment d'urgence généralisé en ce qui concerne la santé mentale et la santé liée à l'utilisation de substances. Alors que le rapport était en cours de finalisation, le Conseil canadien des normes a mis en place des comités nationaux chargés de formuler des recommandations en matière de pratiques et de politiques qui alimenteront les premières normes nationales de soins pour les services de santé mentale et de santé liée à l'utilisation de substances. Au cœur de ces normes se trouvent les contributions des PAEVV, qu'il n'a pas toujours été facile d'appréhender de manière exhaustive. Cette étude – tant dans ses méthodes que dans ses résultats – est une tentative de combler cette lacune. L'équipe de recherche est convaincue que l'intégration de ces résultats dans les travaux futurs permettra d'améliorer la santé mentale et la santé liée à l'utilisation de substances dans l'ensemble du pays.

Références



- 1 Santé Canada. (2002). *Rapport sommaire de l'atelier sur les meilleures pratiques relatives aux troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie*, 21 et 22 février 2002, Ottawa, Ontario. <https://publications.gc.ca/collections/Collection/H46-2-02-266F.pdf>
- 2 O'Grady, C. P., et Skinner, W. J. W. (2007). Guide à l'intention des familles sur les troubles concomitants, Toronto, Centre de toxicomanie et de santé mentale. <https://www.camh.ca/-/media/files/guides-and-publications-french/fam-guide-cd-fr.pdf>
- 3 Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. (2009). *Labus de substances au Canada : Troubles concomitants*. **Toxicomanie au Canada : Troubles concomitants | Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (ccsa.ca)**
- 4 Brousselle, A., Lamothe, L., Sylvain, C., Foro, A. et Perreault, M. (2010). Integrating services for patients with mental and substance use disorders: What matters? (L'intégration des services pour les patients atteints de troubles mentaux et de toxicomanie : Qu'est-ce qui compte ?) *Health Care Management Review*, 35(3), 212-223. <https://doi.org/10.1097/HMR.0b013e3181d5b11c>
- 5 Novotná, G. (2013). Institutionalizing integrated treatment for concurrent disorders: Creating new organizational discourse. (Institutionnaliser le traitement intégré des troubles concomitants : Créer un nouveau discours organisationnel) *Health Care Management Review*, 38(1), 51-60. <https://doi.org/10.1097/HMR.0b013e31824b1c54>
- 6 Comité directeur du projet collaboratif en toxicomanie et en santé mentale. (2015). *Collaboration pour les soins en toxicomanie et en santé mentale : Meilleurs conseils*. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. **Collaboration pour les soins en toxicomanie et en santé mentale : Meilleurs conseils (Rapport) | Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (ccsa.ca)**
- 7 Wiktorowicz, M., Abdulle, A., Di Pierdomenico, K. et Boamah, S. A. (2019). Models of concurrent disorder service: Policy, coordination, and access to care. (Modèles de services pour les troubles concomitants : Politique, coordination et accès aux soins.) *Frontiers in Psychiatry*, 10, article 61. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00061>
- 8 Yule, A. M., et Kelly, J. F. (2019). Integrating treatment for co-occurring mental health conditions. (Intégrer le traitement des troubles mentaux co-occurents. *Alcohol Research : Current Reviews*, 40(1), 61-73, e1-e13. <https://doi.org/10.35946/arcr.v40.1.07>
- 9 Institute for Community Studies, & Peer Research Network. (2021). What is peer research? (Qu'est-ce que la recherche par les pairs ?) <https://icstudies.org.uk/about-us/what-peer-research>
- 10 Lushey, C. (2017). Peer research methodology: Challenges and solutions. (Méthodologie de la recherche par les pairs : Défis et solutions.) *SAGE Research Methods : Cases*. <https://doi.org/10.4135/9781473994614>
- 11 Braun, V. et Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. (Utilisation de l'analyse thématique en psychologie.) *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>