

Manuel d'Approche systémique

Intégrer les systèmes de toxicomanie et de santé mentale

JANVIER 2013

À qui s'adresse le présent dossier?

- Aux leaders et décideurs des domaines de la toxicomanie et de la santé mentale, p. ex. aux directeurs régionaux et aux gestionnaires de programmes
- Aux prestataires de services et autres intervenants qui travaillent dans des systèmes de toxicomanie et de santé mentale qui sont à intégrer leurs services ou envisagent de le faire

Quel est le lien entre l'intégration et l'Approche systémique?

- Le présent dossier fait partie du manuel d'Approche systémique, qui sera utile aux intervenants qui se servent du rapport d'Approche systémique pour encadrer l'amélioration de l'accessibilité, de la qualité et de la gamme des services et soutiens liés à la consommation de substances au Canada
- Dans plusieurs régions canadiennes, le besoin d'intégrer les services de toxicomanie et de santé mentale a mené à des changements systémiques
- Le présent dossier vous aidera à mieux comprendre pourquoi l'intégration est nécessaire, les facteurs clés à considérer, les démarches ayant montré leur efficacité jusqu'à présent et en quoi l'Approche systémique et le modèle à niveaux peuvent être utiles

Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies

75, rue Albert, bureau 500
Ottawa (Ontario) K1P 5E7
tél. : 613-235-4048 | téléc. : 613-235-8101 | www.cclat.ca

Le manuel d'Approche systémique a été produit grâce à la contribution financière de Santé Canada. Les opinions exprimées ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada

ISBN 978-1-927467-21-3

Résumé

Pourquoi intégrer les systèmes de toxicomanie et de santé mentale?

Pendant longtemps, les systèmes et les services de toxicomanie et de santé mentale ont été indépendants. Cela dit, il n'empêche que de nombreux utilisateurs de services de toxicomanie présentent aussi des troubles de santé mentale. D'où l'importance d'améliorer les soins offerts, par un accès facile aux services qui répondent aux besoins et un passage aisé d'un service à l'autre, que l'on parle de consommation de substances, de santé mentale ou des deux. N'oublions pas que les failles entre les systèmes et les services créent des obstacles et ferment des portes à ceux qui cherchent de l'aide.

À un niveau plus général, les systèmes de toxicomanie et de santé mentale ont des buts communs, comme atténuer les préjugés, améliorer la qualité et l'accessibilité des services et centrer les efforts sur la prévention et l'intervention précoce. De plus, comme les deux systèmes relèvent souvent du même ministère provincial et comptent fréquemment des structures administratives similaires, les intégrer pourrait permettre certaines économies.

L'intégration, qu'est-ce que c'est?

Le terme « intégration » fait référence au niveau d'appariement ou de collaboration entre les services de toxicomanie et de santé mentale – de la coopération à la fusion – tant à l'échelle des services que des systèmes :

- **L'intégration à l'échelle des services** peut faire appel à un seul clinicien ou travailleur, à un programme ou une série de services cliniques ou psychosociaux, à des soins partagés ou à un réseau intégré de services offerts dans la communauté.
- **L'intégration à l'échelle des systèmes** porte sur les structures et les processus, comme la formation et l'accréditation, les politiques et les modèles d'administration et de financement; ces éléments pourraient finalement contribuer à l'intégration à l'échelle des services (Rush et Nadeau, 2011).

Quand on parle d'intégration, qu'est-ce qui est efficace?

Il n'existe pas de recette unique pour une intégration et une collaboration efficaces. Il faut se doter d'approches distinctes, en fonction des circonstances, des services et des systèmes. Or, en matière d'intégration, une approche efficace tiendra compte des facteurs suivants :

- Services axés sur la clientèle;
- Compétences cliniques;
- Dénominateurs communs.

Comment s'applique l'Approche systémique dans un contexte d'intégration?

Le cadre proposé dans le rapport d'Approche systémique s'applique tant à la lutte contre la seule toxicomanie qu'aux contextes où les services de toxicomanie et de santé mentale sont intégrés ou offerts en collaboration. Les principes d'Approche systémique, ses concepts directeurs et son modèle à niveaux montrent l'importance d'un continuum commun offrant à la clientèle des services et des soutiens qui répondent à ses besoins, peu importe le point d'entrée dans le système ou la structure de ce système.

Intégrer les systèmes de toxicomanie et de santé mentale

Étude de cas

Chantal visite une clinique de santé mentale qu'elle a trouvée dans un répertoire provincial offert sur le Web, son médecin lui ayant mentionné que compléter son traitement aux antidépresseurs par du counseling pourrait lui être bénéfique. Une fois à la clinique, l'évaluation initiale de son cas fait ressortir un possible problème d'alcool. L'intervenant en santé mentale informe Chantal qu'elle devra résoudre son problème d'alcool avant de s'occuper de sa dépression, puis il la dirige vers un programme externe de traitement de la dépendance offert dans sa communauté. Sur place, Chantal se soumet à une autre évaluation et se crée un plan d'intervention qui l'aidera à cesser de boire. Une fois le programme terminé, Chantal retourne à la clinique de santé mentale, se soumet à une nouvelle évaluation et est admise. Pendant le traitement de sa dépression, il lui arrive parfois de boire. Or, les intervenants en santé mentale ignorent qu'un plan d'intervention a été créé pour prendre en charge le problème d'alcool de Chantal et ne peuvent donc pas en suivre l'évolution. Finalement, quand Chantal se présente à un rendez-vous en état d'ébriété, son intervenant en santé mentale l'oriente vers un programme résidentiel de traitement des troubles concomitants. Cela dit, comme ce programme relève du système de santé mentale, les évaluations initiales sur la consommation d'alcool de Chantal, les rapports et autres plans d'intervention restent inaccessibles.

L'expérience de Chantal montre bien les difficultés que pose le cloisonnement des systèmes pour les personnes souffrant de troubles concomitants. Parmi ces difficultés, citons le passage d'un système spécialisé à un autre sans processus d'accompagnement et les lacunes dans l'échange d'information et la coordination des services entre les deux secteurs.

Ces difficultés sont ancrées dans les clivages historiques entre ces secteurs, mais depuis les dix dernières années, les systèmes de toxicomanie et de santé mentale cherchent à mieux coordonner et à mieux aligner leurs services. D'où la pertinence, en contexte d'intégration, de stratégies comme l'[Approche systémique de la toxicomanie au Canada](#) pour le domaine spécialisé de la consommation de substances et pour d'autres sphères des soins de santé et des services sociaux. Cette pertinence prend la forme de buts et de concepts communs, dont :

- Offrir une gamme complète de services et de soutiens;
- Instaurer des systèmes coordonnés et accessibles;
- Atténuer les préjugés et la discrimination;

L'intégration, c'est un processus de rassemblement, d'harmonisation et de rapprochement. Le présent dossier fait une distinction entre l'intégration à l'échelle des services et des systèmes et constate l'existence de plusieurs niveaux d'intégration, plutôt que de catégories formelles.

- Centrer les efforts sur la prévention « en amont »;
- Accroître le recours au dépistage et à l'intervention précoces;
- Renforcer les capacités de la communauté.

Le présent dossier permettra à ceux qui prennent des décisions relatives à l'intégration des services et systèmes de toxicomanie et de santé mentale ou qui participent à cette intégration de se familiariser avec des concepts, des modèles, des facteurs et des pratiques prometteuses. Le dossier montre aussi comment le cadre d'Approche systémique s'applique et contribue aux contextes d'intégration.

Facteurs historiques

Les systèmes de toxicomanie et de santé mentale abordent le traitement sous un angle très différent et ont fonctionné séparément durant presque tout le siècle dernier, l'offre de soins intégrés ou partagés étant rare. L'isolement des deux systèmes causait une mauvaise coordination des services offerts aux personnes souffrant à la fois de troubles de toxicomanie et de santé mentale, appelés troubles concomitants. D'importants développements ont toutefois été faits dans les deux domaines au cours des dernières décennies.

Ainsi, du côté de la santé mentale, les grands établissements de soins de longue durée ont été délaissés au profit des soins et de la réadaptation en milieu communautaire; ce phénomène est attribuable à une amélioration des pharmacothérapies disponibles, aux effets secondaires moins graves. Alors que du côté de la toxicomanie, l'émergence rapide de l'usage de drogues illicites et de l'abus de médicaments d'ordonnance a posé de nouveaux défis ne se limitant plus aux problèmes d'alcool. Le domaine s'est professionnalisé, pendant que les ministères provinciaux et territoriaux de la santé assumaient des responsabilités accrues en termes de financement et de prestation de services. On note une expansion rapide des services de toxicomanie et de santé mentale dans les années 1970 et jusque dans les années 1980.

Comparaison des caractéristiques historiques	
Toxicomanie	Santé mentale
Modèles psychosociaux et d'entraide	Modèle médical
Axée sur le soutien communautaire	Axée sur le traitement en établissement
Conseillers avec vécu de toxicomanie	Employés avec formation professionnelle
Abstinence de toutes substances psychoactives	Recours à la pharmacothérapie

Au début des années 1990, dans le monde de la santé, des dépenses en hausse et des inquiétudes concernant la viabilité accaparent une grande attention. Les systèmes de santé canadiens subissent d'importantes restructurations. Dans plusieurs provinces, des agences de la santé indépendantes, des conseils d'administration d'hôpitaux et quelques services régionaux opérés par le gouvernement sont fusionnés pour former des conseils régionaux de santé. Créées pour travailler sans lien de dépendance avec le gouvernement, ces entités deviennent responsables de la plupart des services de santé financés par l'État dans de nombreuses communautés. Ce changement de structure a aussi entraîné dans son sillage les services de santé mentale et de toxicomanie dispensés au Canada.

Dès la fin des années 1990, on fait une plus grande place aux troubles concomitants, notamment pour les raisons suivantes :

- Le cas des personnes ayant recours aux systèmes de santé mentale et de toxicomanie est de plus en plus complexe;
- Les deux domaines sont de plus en plus capables de prendre en charge cette complexité;
- Les effets négatifs des troubles concomitants sur les résultats du traitement et de l'accompagnement sont mieux connus;
- Des structures administratives communes rapprochent les deux domaines.

Depuis, cette place faite aux troubles concomitants s'est développée au Canada, soutenue par une littérature sur les bonnes pratiques proposant notamment un rapport sommaire publié par Santé Canada en 2002. Cela dit, il convient de noter que la pratique n'a pas suivi le rythme des connaissances sur ces troubles et que les systèmes canadiens de santé mentale et de toxicomanie restent en grande partie distincts et cloisonnés (Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2009).

La complexité des troubles concomitants¹

« De façon générale, l'ensemble des "troubles concomitants" se rapporte aux personnes qui vivent une association de troubles mentaux, émotionnels et psychiatriques avec une consommation excessive d'alcool ou d'autres drogues psychoactives. » (Santé Canada, 2002, p. V)

Si les troubles concomitants sont la principale raison à la base de l'intégration et de la collaboration, il ne faut pas oublier certains faits et enjeux :

- Les personnes souffrant de troubles concomitants ont des besoins complexes, et il est difficile de les traiter efficacement, même dans un milieu de soins intégré (Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2009).
- Même si les systèmes en place sont complexes, nombre de leurs caractéristiques permettent de bien desservir la clientèle. Au fur et à mesure que la coordination s'améliore, il faut s'assurer de préserver ce qui fonctionne et d'éviter toute conséquence négative non voulue.
- Une forte proportion (70 à 80 p. cent) des personnes en traitement pour une toxicomanie présentent aussi des troubles de santé mentale. À l'inverse, le pourcentage de personnes souffrant de troubles mentaux ayant aussi des problèmes de toxicomanie est beaucoup plus faible (15 à 20 p. cent), avec des variations selon les services concernés (Rush et Nadeau, 2011). C'est donc dire que la coordination ne revêt pas la même importance au sein du vaste système de santé mentale, les personnes aux troubles concomitants y étant moins nombreuses.
- Comme les besoins en traitement et les taux de concomitance des clientèles des deux systèmes sont très diversifiés, il faut aborder l'intégration en fonction des différentes combinaisons de troubles concomitants. Le rapport *Toxicomanie au Canada : Troubles concomitants* (Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2009) examine plusieurs catégories de concomitances santé mentale/toxicomanie et leurs répercussions sur la planification des systèmes et des services.
- Les personnes ayant des troubles concomitants doivent composer avec des défis de tous les jours plus grands que celles qui ne souffrent que d'un des deux troubles. C'est ainsi qu'elles risquent davantage d'aboutir dans un système formel de services, ce qui explique la présence plus marquée des troubles concomitants dans ces systèmes que dans la communauté. Une généralisation excessive des caractéristiques d'une communauté basée sur l'expérience clinique est donc à éviter.

Concepts et modèles d'intégration

La notion d'intégration se définit de plusieurs façons, selon son contexte d'utilisation (Rush et Nadeau, 2011; Fogg, Nadeau et Furlong, 2008). Soulignons toutefois l'utilité d'examiner l'intégration sous deux grandes dimensions (pour une représentation graphique de ces dimensions, voir la figure 1) :

1. **Niveau de collaboration (c.-à-d. ampleur) :** D'une coopération minimale entre domaines, à des structures pleinement fusionnées.
2. **Niveau d'application (c.-à-d. où) :** De grands systèmes juridictionnels qui créent des liens ou signent des accords officiels entre eux, aux conseillers qui coordonnent le travail fait auprès d'un même client.

¹ Pour en savoir plus sur la complexité des systèmes, voir le dossier [Pensée systémique et complexité des systèmes en toxicomanie](#).

Figure 1. Dimensions de l'intégration

		Niveau de collaboration (ampleur des mesures prises)					
		←				→	
			Réseautage, échange d'information	Coordination, changements aux services	Coopération, échange de ressources	Collaboration, formation mutuelle	Intégration, structures fusionnées
Niveau d'application (où les mesures sont prises)	S Y S TÈ M E	Dirigeants des juridictions					
		Cadres supérieurs de grands systèmes					
	Dirigeants régionaux						
	S E R V I C E	Responsables de programmes					
		Assistants sociaux, cliniciens, travailleurs de première ligne					

Un rapport préparé en 2008 par le Conseil exécutif canadien sur les toxicomanies, *On the Integration of Mental Health and Substance Use Services and Systems*, décrit certains problèmes, modèles et définitions liés à l'intégration des services de toxicomanie et de santé mentale (Rush, Fogg, Nadeau et Furlong, 2008).

Comme on peut le lire dans ce rapport, quand on parle du niveau d'intégration dans les organisations, il faut tenir compte des deux points suivants :

- **L'intégration à l'échelle des services** peut faire appel à un seul clinicien ou travailleur, à un programme ou une série de services cliniques ou psychosociaux, ou à un réseau intégré de services offerts dans la communauté.
- **L'intégration à l'échelle des systèmes** porte sur les structures et processus, comme la formation, l'accréditation, les politiques et les modèles d'administration et de financement; ces éléments pourraient finalement contribuer à l'intégration à l'échelle des services (Rush et Nadeau, 2011).

Les raisons pour lesquelles on analysera les divers niveaux d'intégration ou de collaboration possibles varieront selon l'organisation, tout comme les défis, les avantages et les implications pour les partenaires et le travail qu'ils font (Leutz, 1999; Kodner, 2012).

Le pourquoi de l'intégration à l'échelle des services

À l'échelle des services, l'objectif de l'intégration ou de la collaboration est d'accroître l'accès aux systèmes et d'améliorer la qualité des soins et l'état de santé des bénéficiaires. Ces derniers se perdent souvent dans les systèmes et n'arrivent pas à s'y retrouver; c'est donc dire que leurs besoins

ne sont pas toujours comblés en temps utile. Par exemple, les critères d'admission en vigueur dans certains services de santé mentale excluent d'emblée les personnes ayant un problème de toxicomanie, et inversement. Ou alors, les bénéficiaires sont orientés vers des services de santé mentale et de toxicomanie, mais dans un ordre séquentiel, d'où l'impression de « porte tournante » entre les deux systèmes. Pour contrer ces difficultés, beaucoup a été fait pour accroître la collaboration entre et dans les unités de programmes. La prise de conscience de plus en plus aiguë des troubles concomitants a alimenté les efforts visant à améliorer la collaboration et l'intégration à l'échelle des services (Santé Canada, 2002).

Le pourquoi de l'intégration à l'échelle des systèmes

L'intégration à l'échelle des systèmes vise entre autres à améliorer les services offerts à la clientèle et l'efficacité de l'administration, de façon à réduire les chevauchements et à utiliser plus efficacement les ressources. Par exemple, les systèmes de santé mentale et de toxicomanie disposent parfois de structures d'administration et de gestion parallèles qui pourraient être fusionnées, plutôt que de fonctionner de façon indépendante. Les changements apportés dans la structure des soins de santé ont alimenté cette discussion, tout comme le désir de faire une plus grande place à la santé mentale et à la toxicomanie dans le système de santé. Pour certaines autorités administratives, l'intégration réelle des systèmes de santé mentale et de toxicomanie est un tremplin vers la collaboration et l'intégration avec les secteurs de la santé publique et des soins primaires.

Leadership national et appui à l'intégration

Un leadership national propice à la collaboration entre les deux secteurs pourrait encourager le recours aux bonnes pratiques et l'uniformité entre les autorités administratives. Le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT) et la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) sont deux grands défenseurs des politiques sur la toxicomanie et la santé mentale, de la sensibilisation du public et de la collaboration. Ils ont travaillé de concert au cours des dernières années et ont axé leur action sur des secteurs où les systèmes et les services doivent être alignés. Par exemple, le CCLAT a préparé en 2009 un rapport exhaustif sur les troubles concomitants, rapport qui résume les connaissances actuelles et décrit certaines priorités visant à améliorer les résultats cliniques (Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2009). Aujourd'hui, le Conseil exécutif canadien sur les toxicomanies, de concert avec la CSMC, le CCLAT et d'autres chefs de file et experts canadiens, travaille à la création d'un cadre pour faire rapport sur la pratique en collaboration au Canada². Aux États-Unis, la Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) a été créée en 1992 et coordonne, à partir d'un seul organisme national, le travail fait sur les questions de toxicomanie et de santé mentale.

² Ce cadre devrait être prêt à l'été 2013. Des mises à jour seront publiées sur le www.cclt.ca.

Difficultés et points à prendre en compte dans l'intégration

L'intégration et la collaboration entre les services de toxicomanie et de santé mentale prennent des formes diverses partout au Canada. Certains dirigeants se préoccupent toutefois de cet accent mis sur l'intégration, car ce n'est pas forcément la meilleure solution pour tous les systèmes, services et clients. Il arrive que les avantages visés soient mal définis et même improbables et que les risques ne soient pas mesurés adéquatement. La lancée vers l'intégration se poursuivant, certains points clés sont à retenir³.

Qui, quoi, pourquoi et comment?

Le changement organisationnel est parfois compliqué⁴, vorace en temps et même menaçant. Il est donc important d'examiner en détail les résultats voulus, le niveau de collaboration envisagé et la meilleure approche à adopter. Les avantages doivent dépasser les coûts et justifier les efforts déployés. Le fil conducteur du processus devrait être l'amélioration de l'accès aux services et de leur qualité. L'intégration ne devrait pas être une fin en soi, mais un moyen d'améliorer la qualité des systèmes et des services (Kodner, 2011).

Inconvénients potentiels

L'intégration offre certes de nombreux avantages, mais pourrait aussi avoir certaines répercussions négatives :

- Une plus grande attention accordée à la toxicomanie ou à la santé mentale, au détriment de l'autre;
- Un milieu de travail tendu, compte tenu de l'incertitude du personnel par rapport à la formation, aux compétences et aux attentes de la clientèle;
- Des coûts et des retards imprévus dus à l'ampleur du changement.

Il faut donc anticiper ces difficultés et les incorporer à un plan de gestion du changement (Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2012). C'est ainsi que pour chaque service ou processus, le pour et le contre des divers niveaux d'intégration ou de collaboration doit être pesé. En fin de compte, on déterminera peut-être que quelques fonctions ou processus fonctionneront mieux s'ils restent séparés. Les décisions sur la nature et la portée de l'intégration requise doivent tenir compte des répercussions sur les services à la clientèle et les résultats cliniques.

³ Les sous-sections qui suivent sont tirées des travaux de Rush, Fogg, Furlong et Nadeau (Rush, Fogg, Nadeau et Furlong, 2008; Rush et Nadeau, 2011).

⁴ Le CCLAT a créé le [manuel d'Approche systémique](#), répertoire d'outils et de renseignements offert sur le Web qui facilite la gestion du changement dans les systèmes et services en toxicomanie.

Milieus professionnels

L'histoire des systèmes de services et soutiens en toxicomanie et en santé mentale étant différente, les professionnels de ces domaines ont des valeurs, des aptitudes, des formations, de l'expérience et des approches privilégiées tout aussi différentes. Dans la plupart des autorités administratives, le système de santé mentale a plusieurs fois la taille du système de toxicomanie et, avec l'intégration, l'influence et l'identité professionnelle du système de toxicomanie pourraient s'éroder. Il faut accepter et respecter ces différences, pour que les projets de collaboration ou d'intégration puissent profiter de cette diversité, et ce, sans perte d'expertise, sans compétition et sans différend majeur. Comme avec tout mélange de cultures, il importe de faire preuve de souplesse, d'ouverture et de respect.

Le [manuel d'Approche systémique](#) propose des outils pour une gestion du changement propice à l'introduction de changements dans les milieux professionnels.

Quelle portée faudrait-il donner à l'intégration?

La toxicomanie et la santé mentale ne sont pas les seules catégories de troubles pouvant survenir simultanément. Certaines personnes consultent leur médecin ou sont hospitalisées pour d'autres problèmes de santé, tout en présentant des troubles de toxicomanie ou de santé mentale qui contribuent à ces problèmes ou les aggravent. Ainsi, la consommation de substances entre souvent en jeu dans le comportement criminel (Service correctionnel du Canada, 2011), tandis qu'au sein des familles impliquées dans le système de protection de l'enfance, les taux de problèmes de toxicomanie et de santé mentale ont tendance à être plus élevés (Agence de la santé publique du Canada, 2010). Les dirigeants des secteurs de la toxicomanie et de la santé auraient donc avantage à s'associer avec des partenaires qui serviront une clientèle commune à l'extérieur de leur milieu de soins traditionnel.

Concepts directeurs

Les concepts directeurs d'Approche systémique jettent un autre éclairage sur la question de l'intégration, comme le montre le tableau 1. Les exemples donnés montrent qu'il est possible de tirer avantage des différents modèles et niveaux d'intégration et de collaboration. Ces exemples ne sous-entendent aucunement qu'il existe une option meilleure que les autres, étant donné que cette « meilleure option » dépendra des facteurs décrits précédemment.

Tableau 1 : Les concepts directeurs d'Approche systémique, un point de mire de l'intégration

Concept directeur	Points à prendre en compte et exemples d'intégration
Aucun mauvais point d'accès	Quel niveau et modèle d'intégration facilitera l'accès aux services requis, peu importe le point d'entrée dans les systèmes de toxicomanie, de santé mentale ou autres systèmes de santé et de services sociaux? <i>Exemple : Un système pleinement intégré pourrait avoir une procédure d'admission unique ou une base de données centralisée, en conjonction avec un processus d'orientation auquel tous les services auraient accès.</i>
Disponibilité et accessibilité	Quel niveau et modèle d'intégration assurera la disponibilité et l'accessibilité des services de traitement des troubles de toxicomanie et de santé mentale, qu'ils se présentent seuls ou en concomitance? <i>Exemple : Un système coordonné dans lequel certains programmes seraient pleinement intégrés à l'échelle des services pourrait proposer des services spécifiques en toxicomanie aux personnes sans trouble de santé mentale ainsi que des services intégrés aux personnes souffrant de troubles concomitants.</i>
Appariement	Quel niveau et modèle d'intégration permettra de diriger les clients vers des services et soutiens qui tiennent compte de leurs besoins, de leurs préférences et de leurs caractéristiques? <i>Exemple : Dans un contexte de collaboration, des intervenants en toxicomanie possédant une formation en santé mentale pourraient offrir des services tenant mieux compte des problèmes de santé mentale de la majorité des clients requérant des soins spécialisés.</i>
Choix et admissibilité	Quel niveau et modèle d'intégration aidera les clients à choisir, en toute connaissance de cause, entre les divers services auxquels ils sont admissibles? <i>Exemple : Un système de toxicomanie et de santé mentale en réseau pourrait fournir de l'information complète sur les services et soutiens qui aiderait les clients et prestataires de services à faire leurs choix.</i>
Souplesse	Quel niveau et modèle d'intégration permettra d'orienter les clients vers d'autres secteurs du système quand leurs besoins changent? <i>Exemple : Un système coordonné pourrait ne compter qu'une seule procédure d'admission ou un processus d'orientation et d'accueil simplifié pour les clients passant d'un service de toxicomanie ou de santé mentale à un autre.</i>
Capacité de réaction	Quel niveau et modèle d'intégration aidera les clients à passer à des services de faible intensité ou de niveau inférieur au fil du temps? <i>Exemple : Dans un système commun de toxicomanie et de santé mentale, la formation permettrait aux prestataires de services d'identifier les clients qui pourraient passer à un service plus ou moins spécialisé et de les aider à faire cette transition.</i>
Collaboration	Quel niveau et modèle d'intégration pourra faciliter le parcours du client à travers le système grâce à des collaborations d'ordre clinique, administratif et organisationnel? <i>Exemple : Un système commun de toxicomanie et de santé mentale pourrait recourir, pour les clients ayant des troubles de toxicomanie et de santé mentale, à des protocoles de soins intégrés à l'échelle des services.</i>
Coordination	Quel niveau et modèle d'intégration facilitera l'échange d'information pour appuyer la pratique clinique, ainsi que la planification, le suivi et l'évaluation? <i>Exemple : Un système intégré pourrait disposer d'un répertoire centralisé de renseignements sur le traitement des clients permettant de suivre leur progrès et de voir si le système prend efficacement en charge les problèmes de consommation, de santé mentale et de troubles concomitants.</i>

⁵ Pour en savoir plus sur les concepts directeurs d'Approche systémique, voir le rapport [Approche systémique de la toxicomanie au Canada](#) et le résumé [Instaurer un continuum de services et de soutiens](#).

Ce qui fonctionne

L'information disponible sur ce qui fonctionne en matière d'intégration des systèmes de toxicomanie et de santé mentale est encore en expansion. Il faut donc continuer à l'évaluer et à la synthétiser pour approfondir les connaissances. Il n'existe probablement pas de modèle meilleur que les autres; en effet, la démarche qui conviendra le mieux à un système dépendra de son contexte, de ses objectifs et de ses caractéristiques (Rush, Fogg, Nadeau et Furlong, 2008; Kates et coll., 2011; Kodner, 2012). Soulignons toutefois que la recherche faite jusqu'à présent a fait ressortir plusieurs facteurs clés du succès des démarches d'intégration, à savoir des services axés sur la clientèle, les compétences cliniques et les dénominateurs communs.

Services axés sur la clientèle

L'Approche systémique souligne que quand plus d'un type de soins est nécessaire, la coordination entre les services et les soutiens devrait être facile. Avec des processus intégrés d'orientation, on assure l'accessibilité des services et des soutiens, peu importe le point d'entrée dans le système. Un autre but clé de l'intégration, c'est d'offrir à la clientèle un accès aisé et simple aux services. De nombreux systèmes ont peaufiné leurs protocoles d'évaluation, ont amélioré la communication entre fournisseurs de services, ont fusionné les tâches liées à l'admission et ont regroupé certaines fonctions relevant de leurs programmes. Quand ces mesures sont prises, l'accès aux services est souvent meilleur, plus rapide et plus facile, et il y a moins de risque que les clients « passent à travers les mailles du filet ». Pour identifier les collaborations en vigueur et les lacunes et pour favoriser une démarche axée sur la clientèle, les plans de cheminement clinique et les modèles de soins partagés sont des outils utiles.

Compétences cliniques

Le clivage historique entre les systèmes de soins en toxicomanie et en santé mentale rimait avec un échange difficile des connaissances et des compétences spécialisées. Suite à des projets d'intégration, les processus de recrutement ciblent maintenant des compétences plus étendues, et le nombre d'employés participant à des activités de formation mutuelle est en hausse. C'est ainsi qu'un plus grand nombre de cliniciens se sont familiarisés avec les systèmes de toxicomanie et de santé mentale et leurs clientèles. Forts d'une compétence et d'une capacité accrues, acquises par la formation et une meilleure communication, les professionnels sont en mesure d'offrir des services et des soutiens plus efficaces à leurs clients (Skinner, O'Grady, Bartha et Parker, 2004).

Dénominateurs communs

Il existe de nombreuses analogies et autres défis communs entre les domaines de la toxicomanie et de la santé mentale :

- **Liens avec les soins primaires** : Les points communs entre le secteur de la toxicomanie, celui de la santé mentale et les soins primaires sont nombreux. En effet, ces secteurs connaissent bien les maladies à forte prévalence qui aggravent d'autres troubles de santé, l'incertitude des médecins quant à la façon d'aider les patients souffrant de ces maladies et les avantages considérables pour la santé individuelle et collective, la société et l'économie que procurent un dépistage et une intervention efficaces.

- **Complexité des troubles concomitants** : Les systèmes de toxicomanie et de santé mentale, lorsqu'ils répondent aux besoins des personnes ayant des troubles concomitants, doivent affronter les défis décrits dans l'encadré *La complexité des troubles concomitants*.
- **Déterminants communs** : Les tensions et les expériences survenues en début de vie ont des effets sur le développement cérébral et la capacité personnelle, et ces effets influent sur les troubles de santé mentale et de toxicomanie. Pour être efficace, la prévention doit se faire tôt dans la vie et aborder des facteurs de risque et de protection communs, comme les déterminants sociaux de la santé (Raphael, 2009).
- **Répercussions sociales** : Tous les Canadiens sont touchés par la consommation de substances et la maladie mentale, que ce soit directement ou indirectement par un membre de la famille, un ami ou un collègue (Santé Canada, 2002; Statistique Canada, 2003). La présence d'un trouble ou des deux exacerbe souvent d'autres problèmes sociaux et économiques (p. ex. chômage, négligence envers les enfants, violence familiale, criminalité, faible niveau de scolarité, maladie physique), et cette accumulation de problématiques est parfois difficile à gérer et à vaincre.
- **Affaiblissement des capacités** : Comme la présence simultanée de troubles de toxicomanie et de santé mentale affecte la capacité mentale, il est plus ardu de réagir aux défis courants de la vie et de résoudre efficacement des problèmes.
- **Préjugés** : Les clients et les prestataires de programmes des systèmes de toxicomanie et de santé mentale se heurtent aux préjugés et à la discrimination. Ils éprouvent de la honte et subissent souvent les reproches et le manque de respect des autres.
- **Besoins non comblés** : À cause des préjugés et de l'affaiblissement des capacités, la majorité des personnes ayant besoin d'aide professionnelle n'en demande jamais et, souvent, ceux qui les connaissent et veulent leur bien ne savent pas quels conseils leur donner ni comment leur venir en aide.
- **Fardeau économique** : Le coût financier des problèmes de santé mentale et de toxicomanie au Canada est considérable et atteint des dizaines de milliards de dollars par année (Rehm et coll., 2006; Lim et coll., 2008).
- **Famille et communauté** : En cas de troubles de toxicomanie et de santé mentale, le soutien de la famille et de la communauté est essentiel à un traitement et à un accompagnement efficaces (CCLAT, 2009; Skinner et coll., 2004; Rush, Fogg, Nadeau et Furlong, 2008).
- **Une présence discrète** : Les deux troubles se font peu remarquer par rapport à d'autres enjeux qui rivalisent pour attirer l'attention du public et obtenir du financement (p. ex. listes d'attente pour une chirurgie ou un diagnostic, maladies cardiaques, cancer, éducation, sécurité publique, économie et emplois, intérêts des entreprises).
- **Maladies chroniques** : Dans de nombreux cas, les troubles de toxicomanie et de santé mentale sont persistants, et les services et soutiens des deux systèmes auraient avantage à

Selon le [Rapport sur les indicateurs nationaux de traitement](#), en 2009-2010, de cinq à dix p. cent des personnes ayant fait appel aux services de toxicomanie l'ont fait pour quelqu'un d'autre (p. ex. un ami ou un membre de la famille).

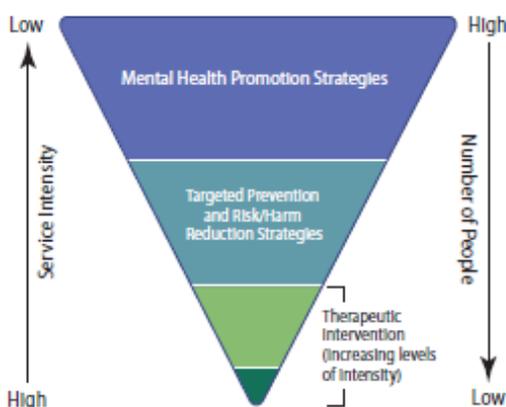
les prendre en charge avec des démarches et des modèles de gestion des maladies chroniques (Rush, Fogg, Nadeau et Furlong, 2008).

- **Cadres de planification** : Les systèmes de toxicomanie et de santé mentale utilisent un cadre de soins polyvalents pour planifier les services de traitement et d'accompagnement offerts à l'échelle locale et régionale. Depuis quelque temps, ils se servent de cadres à niveaux pour faciliter la planification de services plus intégrés de toxicomanie et de santé mentale (Rush, 2010).

Utilisation du modèle à niveaux dans des systèmes intégrés – des exemples

Les services de toxicomanie et de santé mentale ont de nombreux points communs (voir ci-dessus) et doivent assumer ensemble le fardeau que posent les troubles concomitants, d'où les vastes efforts déployés pour assurer l'alignement et l'intégration de ces services au Canada. Certains des modèles utilisés dans le cadre de stratégies systémiques intégrées s'inspirent directement du [modèle à niveaux](#) présenté dans le rapport d'Approche systémique et d'autres publications (Rush, 2010). Les modèles décrits ci-dessous sont tirés de stratégies provinciales de lutte contre la toxicomanie et la santé mentale et montrent comment s'applique le modèle à niveaux dans une démarche d'intégration.

Colombie-Britannique. À l'échelle provinciale, les services de toxicomanie et de santé mentale sont pleinement intégrés en Colombie-Britannique, et les régions en sont à diverses étapes du processus de collaboration et d'intégration. La province a pu créer, grâce à une planification exhaustive, une stratégie conjointe de lutte contre la toxicomanie et la santé mentale, *Healthy Minds, Healthy People: A Ten-Year Plan to Address Mental Health and Substance Use in British Columbia*. Le modèle à quatre niveaux de cette stratégie organise les types d'interventions par rapport à la taille des groupes visés et à l'intensité des services (gouvernement de la Colombie-Britannique, 2010).



Droit d'auteur © Province de la Colombie-Britannique. Tous droits réservés.
Image reproduite avec l'autorisation de la Province de la Colombie-Britannique.

Alberta. Le gouvernement albertain a fusionné en 2009 ses systèmes de toxicomanie et de santé mentale qui fonctionnaient jusqu'alors de façon indépendante. La stratégie et l'approche d'intégration ainsi créées sont décrites dans le document *Creating Connections: Alberta's Addiction and Mental Health Strategy* (gouvernement de l'Alberta, 2011). Le modèle à cinq niveaux de la stratégie illustre les fonctions du système et le rôle crucial du client, de la famille et de la communauté.

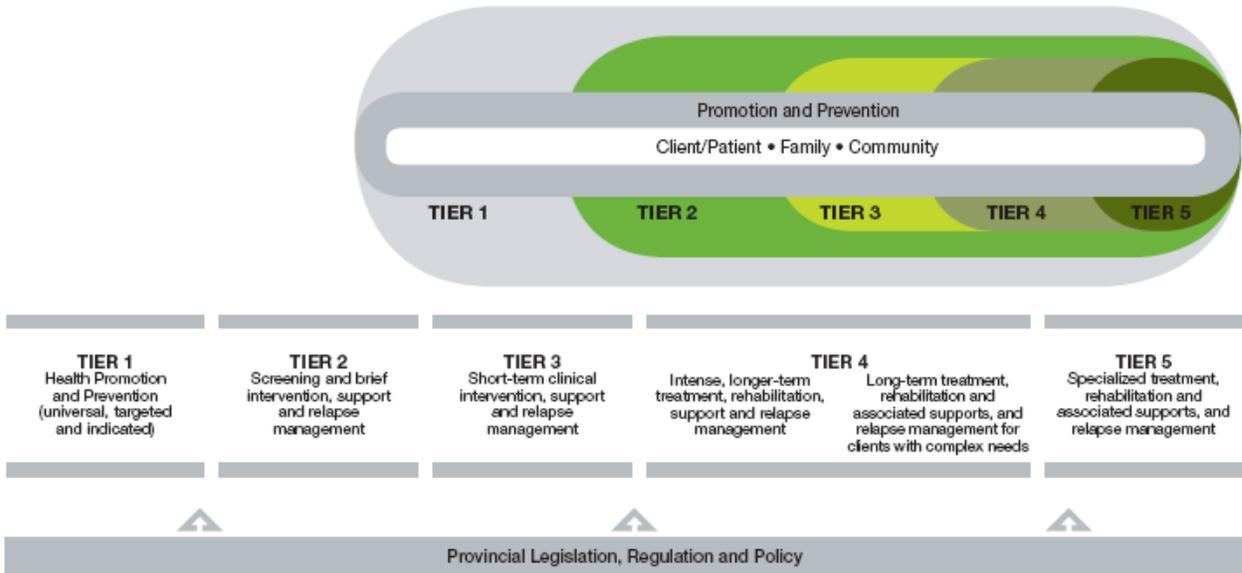
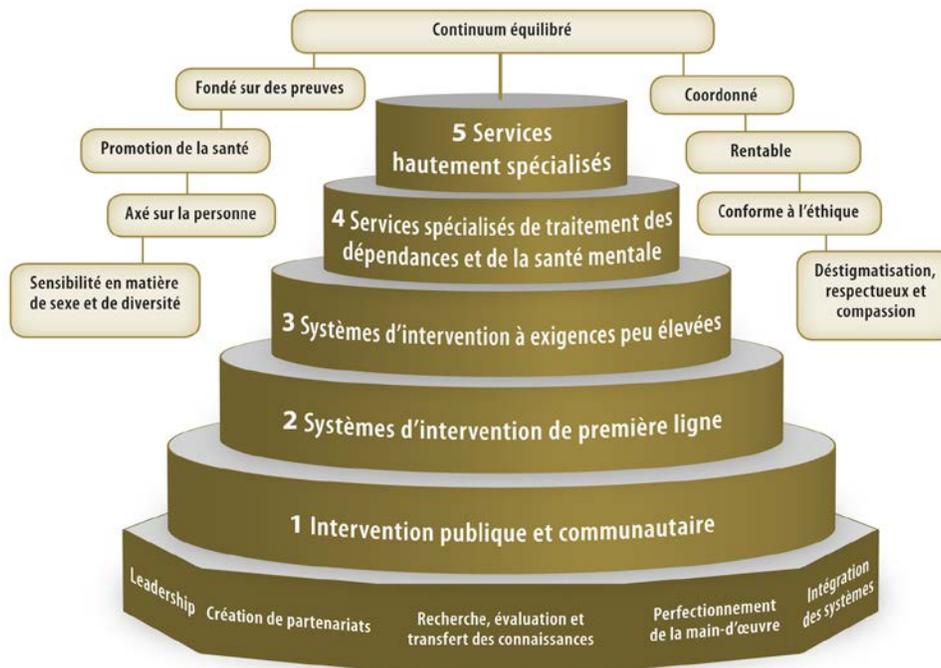


Image reproduite avec l'autorisation de *Creating Connections: Alberta's Addiction and Mental Health Strategy*, gouvernement de l'Alberta.

Nouveau-Brunswick. En 2007, le Nouveau-Brunswick a formé un groupe de travail sur la santé mentale afin de transformer son système de services de santé mentale. Fort du rapport de ce groupe, la province a publié en mai 2011 le *Plan d'action pour la santé mentale au Nouveau-Brunswick 2011-2018*, où un modèle à niveaux permet d'organiser l'intervention concertée entre les divers niveaux de services. La prestation de services de toxicomanie et de santé mentale se fait actuellement séparément au Nouveau-Brunswick, mais on explore la possibilité de l'intégrer et on reconnaît que le modèle en santé mentale a sa place dans les services de toxicomanie spécialisés.

MODÈLE D'INTERVENTION AXÉ SUR LA COLLABORATION



Droit d'auteur © Province du Nouveau-Brunswick. Tous droits réservés.
Image reproduite avec l'autorisation de la Province du Nouveau-Brunswick.

Commission de la santé mentale du Canada. La Commission a publié en mai 2012 *Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*. La stratégie recommande de structurer le système de santé mentale selon des niveaux qui réunissent des services et soutiens aux degrés d'intensité semblables, ce qui reflète directement le modèle à niveaux recommandé dans le rapport d'Approche systémique.

Conclusion

L'expérience de Chantal est légèrement différente dans un système global et pleinement intégré. D'abord, elle se présente à une clinique de santé mentale où son cas est évalué, puis elle rencontre un gestionnaire de cas qui la fait entrer dans un programme qui s'occupera simultanément de ses problèmes d'alcool et de sa dépression. Une fois le programme de base terminé, Chantal entreprend un suivi où ses facteurs de risque et de résilience pour les deux troubles sont régulièrement analysés. Lors de ce suivi, il ressort que Chantal risque de retomber dans l'alcool; son gestionnaire de cas l'oriente donc vers un programme de traitement de faible intensité offert en milieu communautaire. Le programme est axé sur la consommation de substances, mais les cliniciens sont aussi formés en santé mentale et peuvent déterminer si elle a besoin de services plus complexes. Heureusement, en intervenant de façon précoce, on a pu empêcher les problèmes de consommation et de santé mentale de s'aggraver. De plus, l'information sur le suivi de Chantal est regroupée et transmise au système, ce qui permet de voir dans quelle proportion les troubles de toxicomanie et de santé mentale font l'objet d'un diagnostic concomitant. On aura aussi à l'œil la capacité des services en place à répondre, par des programmes intégrés et séparés, aux besoins des personnes avec ou sans troubles concomitants.

Trouver le juste milieu entre collaboration, alignement et intégration dans les nombreux services et systèmes du domaine de la toxicomanie et de la santé mentale n'est pas une mince tâche. L'intégration fait partie d'un développement global des systèmes, tout comme le perfectionnement des compétences cliniques et le renforcement des démarches axées sur la clientèle. De nombreux facteurs sont à considérer, et des enseignements peuvent être tirés de plusieurs modèles de qualité et réussites.

Le présent dossier se veut une introduction aux principaux enjeux liés à l'intégration et aux ressources s'offrant aux dirigeants qui étudient les différentes possibilités devant eux. Le cadre proposé dans Approche systémique s'applique tant à la lutte contre la seule toxicomanie qu'aux contextes où les services de toxicomanie et de santé mentale sont intégrés. Les principes, les concepts directeurs et le modèle à niveaux décrits dans le présent document montrent l'importance d'un continuum commun offrant à la clientèle des services et des soutiens qui répondent à ses besoins, peu importe le point d'entrée dans le système ou la structure de ce système.

Vous trouverez sur le site www.nts-snt.ca d'autres renseignements et outils sur l'instauration d'une approche systémique de la toxicomanie, dont :

- Un [manuel sur la gestion du changement](#) qui vous aidera à aborder le changement avec confiance;
- Des [gabarits à personnaliser](#) pour faire une analyse contextuelle ou préparer un plan de mise en œuvre;
- Des [études de cas](#) présentées par des collègues du domaine qui se servent de l'Approche systémique dans leur travail;
- De l'information sur les [systèmes de traitement](#) des provinces et territoires au Canada.

Bibliographie

- Agence de la santé publique du Canada. *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants 2008 – Données principales*, 2010. Accessible au <http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/pdfs/nfnts-cis-2008-rprt-fra.pdf>.
- Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. *Manuel d'Approche systémique*, 2012. Accessible au <http://www.nts-snt.ca/Fra/Pages/Default.aspx>.
- Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. *Toxicomanie au Canada : Troubles concomitants*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2009. Accessible au <http://www.ccsa.ca/2010%20CCSA%20Documents/ccsa-011812-2010.pdf>.
- Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. *De l'ombre à la lumière : La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*, Ottawa, Sénat du Canada, 2006.
- Commission de la santé mentale du Canada. *Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*, Calgary, auteur, 2012. Accessible au <http://strategie.commissionsantementale.ca/>.
- Gouvernement de l'Alberta. *Creating Connections: Alberta's addiction and mental health strategy*, 2011. Accessible au <http://www.health.alberta.ca/newsroom/pub-mental-health.html>.
- Gouvernement de la Colombie-Britannique. *Healthy minds, healthy people: A ten-year plan to address mental health and substance use in British Columbia*, 2010. Accessible au http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2010/healthy_minds_healthy_people.pdf
- Gouvernement du Nouveau-Brunswick. *Plan d'action pour la santé mentale au Nouveau-Brunswick 2011-2018*, Fredericton, auteur, 2011. Accessible au <http://www.gnb.ca/0055/pdf/2011/7379%20french.pdf>.
- Gouvernement de la Nouvelle-Écosse. *Come together: Report and recommendations of the Mental Health and Addictions Strategy Advisory Committee*, 2012. Accessible au http://www.gov.ns.ca/health/mhs/reports/MHAS_2012_Full.pdf.
- Gouvernement de l'Ontario. *Esprit ouvert, esprit sain : Stratégie ontarienne globale de santé mentale et de lutte contre les dépendances*, 2011. Accessible au http://www.health.gov.on.ca/fr/common/ministry/publications/reports/mental_health2011/mental_health_rep2011.pdf.
- Groupe de travail sur la Stratégie nationale sur le traitement. *Approche systémique de la toxicomanie au Canada : Recommandations pour une stratégie nationale sur le traitement*, Ottawa, Cadre national d'action pour réduire les méfaits liés à l'alcool et aux autres drogues et substances au Canada, 2008.
- Kates, N., G. Mazowita, F. Lemire, A. Jayabarathan, R. Bland, P. Selby, T. Isomura, M. Craven, M. Gervais et D. Audet. *L'évolution des soins de santé mentale en collaboration au Canada : Une vision d'avenir partagée*, 2010. Énoncé de principes rédigé par l'Association des psychiatres du Canada et le Collège des médecins de famille du Canada. Accessible au <http://publications.cpa-apc.org/media.php?mid=1140>.

- Kodner, D.L. *Soins de santé intégrés – quoi, pourquoi, comment, quoi éviter?* [présentation PowerPoint]. Présentation lors du Symposium national sur les soins de santé intégrés du Conseil canadien de la santé, Toronto, octobre 2012. Accessible au http://www.healthcouncilcanada.ca/tree/symposium2012/P1_IntegratedHealthCare_Kodner_FR.pdf.
- Kodner, D.L. *An introduction to integrating health-related systems, services & care: Background, concepts, performance & lessons*. Présentation à la Integrated Care University de la Ontario Community Support Association, Toronto, janvier 2011. Accessible au http://ocsa.on.ca/userfiles/Kodner_Integrated_Care_University_Toronto_January_2011_FINAL.pdf.
- Leutz, W.N. Five laws for integrating medical and social services: Lessons from the United States and the United Kingdom, *The Millbank Quarterly*, vol. 77(1), 1999, p. 77-110.
- Lim, K.-L., P. Jacobs, A. Ohinmaa, D. Schopflocher et C.S. Dewa. Une nouvelle mesure, fondée sur la population, du fardeau économique de la maladie mentale au Canada, *Maladies chroniques au Canada*, vol. 28, n° 3, 2008.
- Raphael, D. Restructuring society in the service of mental health promotion: Are we willing to address the social determinants of mental health? *International Journal of Mental Health Promotion*, vol. 11(3), 2009.
- Rehm, J., D. Baliunas, S. Brochu, B. Fischer, W. Gnam, J. Patra et coll. *Les coûts de l'abus de substances au Canada 2002 – Points saillants*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2006. Accessible au <http://www.ccsa.ca/2006%20CCSA%20Documents/ccsa-011333-2006.pdf>.
- Rush, B.R. Tiered frameworks for planning substance use service delivery systems: Origins and key principles, *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, vol. 27, 2010, p. 1- 20.
- Rush, B., B. Fogg, L. Nadeau et A. Furlong. *On the integration of mental health and substance use services and systems: Main report*, 2008. Accessible sur le site du Conseil exécutif canadien sur les toxicomanies au <http://www.ccsa.ca/ceca/pdf/Main-reportFINALa.pdf>.
- Rush, B., B. Fogg, L. Nadeau et A. Furlong. *On the integration of mental health and substance use services and systems: Summary report*, 2008. Accessible sur le site du Conseil exécutif canadien sur les toxicomanies au <http://www.ccsa.ca/ceca/pdf/Summary-reportFINAL-Dec18-08.pdf>.
- Rush, B.R. et L. Nadeau. On the integration of mental health and substance use services and systems. Dans Cooper, D. (éd.), *Responding in mental health-substance use*, Oxford (R.-U.), Radcliffe Publishing Ltd., 2011, p. 148-175.
- SAMHSA. *Service integration overview, paper 6*, 2007. Accessible au <http://store.samhsa.gov/shin/content/SMA07-4294/SMA07-4294.pdf>.
- SAMHSA. *Systems integration overview, paper 7*, 2007. Accessible au <http://store.samhsa.gov/shin/content/SMA07-4295/SMA07-4295.pdf>.
- Santé Canada. *Meilleures pratiques - Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie*, Ottawa, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2002. Accessible au http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/pubs/adp-apd/bp_disorder-mp_concomitants/index-fra.php.
- Santé Canada (2002). *Rapport sur les maladies mentales au Canada*, Ottawa, auteur, 2002. Accessible au http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/miic-mmacc/pdf/men_ill_f.pdf.

Service correctionnel du Canada. La toxicomanie parmi les délinquants de sexe masculin (2009), *État de la recherche*, numéro 09-2, 2011. Accessible au http://publications.gc.ca/collections/collection_2011/scc-csc/PS82-3-9-2-fra.pdf.

Skinner, W., C.P. O'Grady, C. Bartha et C. Parker. *Concurrent substance use and mental health disorders: An information guide*, Toronto, Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2004. Accessible au http://www.camh.ca/en/hospital/health_information/a_z_mental_health_and_addiction_information/concurrent_disorders/concurrent_substance_use_and_mental_health_disorders_information_report/Pages/concurrent_substance_use_and_mental_health_disorders_information_report.aspx.

Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être*, Ottawa, auteur, 2003. Accessible au <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-617-x/index-fra.htm>.