

Octobre 2008

Approche systémique de la toxicomanie au Canada

RECOMMANDATIONS POUR UNE STRATÉGIE NATIONALE
SUR LE TRAITEMENT

GROUPE DE TRAVAIL SUR LA STRATÉGIE NATIONALE SUR LE TRAITEMENT



Octobre 2008

Approche systémique de la toxicomanie au Canada

RECOMMANDATIONS POUR UNE STRATÉGIE NATIONALE
SUR LE TRAITEMENT

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
Groupe de travail sur la stratégie nationale sur le traitement

ISBN : 978-0-88868-807-1 (IMPRIMÉ)

ISBN : 978-0-88868-808-8 (PDF)

ISBN : 978-0-88868-809-5 (HTML)

Imprimé au Canada

Droits d'auteur © 2008 Cadre national d'action pour réduire les méfaits liés à l'alcool et aux autres drogues et substances au Canada

Ce document peut être reproduit et distribué à condition d'en citer la source, conformément à la loi sur le droit d'auteur.

Citation proposée : Groupe de travail sur la stratégie nationale sur le traitement (2008). *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

This document is also available in English under the title: *A Systems Approach to Substance Use in Canada: Recommendations for a National Treatment Strategy*.

« Nous devons ouvrir des portes et
veiller à ce qu'elles demeurent ouvertes
afin que d'autres puissent y passer. »

—Rosemary Brown (1930–2003),
première femme afro-canadienne élue
à une assemblée législative provinciale

TABLE DES MATIÈRES

1. RÉSUMÉ.....	1
2. INTRODUCTION.....	3
Élaboration de la stratégie	3
La consommation problématique au Canada	5
Services et soutiens pour les problèmes de consommation au Canada : hier et aujourd’hui	6
Composantes et principes de la Stratégie nationale sur le traitement	10
3. DOMAINES D’ACTION STRATÉGIQUES.....	12
Renforcement des capacités dans le continuum de services et de soutiens	12
Modèle de services et de soutiens à niveaux.....	14
Considérations relatives à la mise en œuvre	23
Recommandations 1 à 4	25
Soutenir le continuum de services et de soutiens	25
Échange des connaissances	25
Recommandations 5 à 8	28
Réduire les préjugés et la discrimination	29
Recommandations 9 et 10	31
Élaborer un programme de recherche	31
Recommandations 11 à 14	33
Mesurer et surveiller l’efficacité du système	34
Recommandations 15 à 17.....	36
Faire progresser la stratégie	37
Leadership et coordination	37
Recommandation 18	39
Mise en œuvre et évaluation	40
Recommandations 19 et 20	40
4. CONCLUSION.....	41
5. GLOSSAIRE DES TERMES CLÉS	42
6. RÉFÉRENCES ET BIBLIOGRAPHIE	44
ANNEXES	46
Annexe A : Liste des recommandations	46
Annexe B : Membres du Groupe de travail sur la stratégie nationale sur le traitement	51
Annexe C : Voies d’accès aux services et aux soutiens centrées sur la personne	53

1. RÉSUMÉ

L'utilisation nocive d'alcool, de drogues et d'autres substances représente un problème énorme au Canada, un problème de 40 G\$ par année pour être exact. Pourtant, l'attention prêtée à la consommation problématique d'alcool et de drogues est insuffisante, et les services qui s'occupent des risques et des méfaits associés à une telle consommation sont mal financés et coordonnés. La Stratégie nationale sur le traitement offre de l'orientation et des recommandations dans le but de renforcer les services et les soutiens que nous offrons aux Canadiens qui souffrent de problèmes de consommation et de combler l'écart entre les besoins et les interventions.

Une forte majorité des Canadiens aux prises avec des problèmes de consommation n'ont pas recours à des services de toxicomanie spécialisés. Ils ont toutefois recours à d'autres secteurs du système de soins de santé, ainsi qu'à d'autres systèmes comme celui des services sociaux, du logement et de l'éducation. Lorsque vient le temps de servir efficacement tous les clients, un des grands défis consiste à coordonner une vaste gamme de services et de soutiens. Les recherches indiquent que la prestation de services et de soutiens dans toute la gamme des systèmes concernés permet non seulement de diminuer les problèmes de consommation, mais aussi d'améliorer un grand nombre de facteurs liés à la santé, au fonctionnement en société et à la justice pénale. Une telle gamme de services et de soutiens constitue également un bon investissement pour le gouvernement, car les retombées économiques dépassent de loin les coûts.

Aucun secteur ne peut relever le défi seul : les personnes qui ont besoin d'aide ont besoin de soins primaires, de soins hospitaliers, de services de toxicomanie spécialisés, d'aide au logement et à l'emploi, en plus de leurs ressources personnelles, comme leur famille, leurs amis et d'autres aidants.

Traditionnellement, il y a toujours eu peu d'intégration ou de communication efficace entre les systèmes et les autorités qui fournissent des services et des soutiens aux personnes qui souffrent de problèmes de consommation. Par conséquent, ces dernières font face à des lacunes et à des obstacles importants lorsqu'elles cherchent l'aide dont elles ont besoin. Des personnes qui ont parfois de graves problèmes de santé et qui se trouvent dans une situation difficile doivent louvoyer dans les eaux troubles et changeantes des services et des soutiens offerts.

La mise en place d'un continuum de services et de soutiens à niveaux constitue une des principales recommandations de la stratégie dans le but de s'attaquer aux nombreux risques et méfaits de l'alcoolisme et de la toxicomanie. Un tel modèle fondé sur un système intégré et global a été articulé dans des travaux universitaires et a été mis en œuvre dans d'autres pays. L'adoption d'un modèle à niveaux par les différentes autorités administratives canadiennes peut contribuer à améliorer les soins, à coordonner les services et à tirer un meilleur parti des investissements actuels visant à soutenir les personnes qui souffrent de problèmes de consommation.

Les niveaux du modèle proposé représentent les différents niveaux de services et de soutiens qui correspondent à l'acuité, à la chronicité et à la complexité des risques et des méfaits liés à l'alcoolisme et à la toxicomanie. Les services et les soutiens des niveaux inférieurs sont accessibles à tous et sont conçus pour répondre aux besoins de plus grand nombre de personnes possible, alors que ceux des niveaux supérieurs sont conçus pour répondre aux besoins de certaines personnes. Il s'agit, dans la plupart des cas, de services et de soutiens spécialisés destinés à des personnes aux prises avec de graves problèmes de toxicomanie. Ce modèle à niveaux établit une correspondance

entre le niveau et la nature des services et des soutiens, et le problème précis de la personne, tout en favorisant une utilisation efficace des ressources.

Le modèle à niveaux envisagé par la stratégie doit être suffisamment souple pour répondre aux besoins particuliers des différentes autorités administratives et des collectivités du Canada. Le modèle devrait toutefois s'appuyer sur des principes communs, quel que soit le contexte dans lequel il est appliqué. Avant toute chose, les gens doivent pouvoir avoir accès à tous les niveaux du continuum de services et de soutiens et être dirigés efficacement vers les services et les soutiens dont ils ont besoin. Un tel continuum de services nécessite un système intégré dans lequel les services et les soutiens sont mis en réseau, tant à l'intérieur des niveaux qu'entre ceux-ci, et dans lequel les différentes autorités administratives et les systèmes peuvent facilement partager de l'information afin de coordonner les services et les soutiens.

La stratégie soutient de telles améliorations systémiques en présentant des recommandations dans quatre domaines : l'échange des connaissances, l'élaboration d'un programme de recherche, la mesure et la surveillance de l'efficacité du système et la réduction de la stigmatisation et de la discrimination.

L'échange des connaissances et la *recherche* sont des éléments fondamentaux du modèle à niveaux. Bien que les organismes de financement existants favorisent la recherche de haute qualité visant l'amélioration des moyens de lutte contre la toxicomanie, il n'y a pas de programme de recherche coordonné à l'échelle nationale qui s'y intéresse spécifiquement, pas plus qu'aux services et aux soutiens. Les efforts faits dans le but d'améliorer les pratiques factuelles peuvent être guidés par le réseau d'échange des connaissances recommandé dans le présent rapport.

Un système de services et de soutiens à niveaux est fonction de programmes de haute qualité et d'un système de soins de santé intégré qui fonctionne efficacement. La *mesure* et la *surveillance* du rendement des services, des soutiens et du système dans son

ensemble représentent un défi de taille, compte tenu du manque de données qui permettent de comparer les résultats. Nous avons besoin de systèmes d'information plus performants afin de mieux évaluer l'efficacité des services et des soutiens et de démontrer l'importance d'investir dans ces systèmes. On note plus particulièrement un manque d'information sur les services et les soutiens dans les soins primaires, et l'absence d'évaluation des efforts déployés dans les niveaux inférieurs est frappante.

Finalement, il est impossible de changer la manière dont nous servons et soutenons les Canadiens aux prises avec des problèmes de consommation sans mettre un terme à la *stigmatisation* et à la *discrimination*. La stigmatisation (perception négative) entraîne de la discrimination (comportement négatif connexe) qui empêche les gens d'avoir recours aux services et aux soutiens dont ils ont besoin. La présente stratégie recommande une approche globale fondée sur les données probantes afin d'améliorer la compréhension du public et de réduire la stigmatisation et la discrimination liées à la toxicomanie.

Les recommandations du rapport comprennent une Stratégie nationale sur le traitement, c'est-à-dire un plan d'action qui reconnaît le vaste éventail d'organisations qui offrent des services et des soutiens aux Canadiens qui souffrent de problèmes de consommation. Un problème de cette ampleur ne peut être résolu par un seul champion, gouvernement ou organisation, voire même un seul secteur. Nous avons décrit les ingrédients clés qui permettent de commencer à améliorer les services de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie, soit : des soins complets et intégrés, une évaluation rigoureuse des systèmes et des programmes, des recherches et un échange des connaissances efficace et une meilleure compréhension.

Et maintenant, le travail peut commencer.

2. INTRODUCTION

Élaboration de la stratégie

La Stratégie nationale sur le traitement est un rapport complet et collectif qui présente des lignes directrices et des recommandations pour l'amélioration de la qualité, de l'accessibilité et de la gamme de services et de soutiens offerts afin de faire face aux risques et aux méfaits liés à la toxicomanie¹.

PORTÉE DU RAPPORT ET TERMES EMPLOYÉS

Le présent rapport ne traite pas des risques et des méfaits liés à certains types de consommation problématique ou de dépendance, notamment le tabagisme, les problèmes de jeu et autres dépendances du genre, sauf dans la mesure où ils coïncident avec les problèmes liés à la consommation d'alcool et autres substances. Bien qu'il s'agisse de problèmes importants, ils se trouvent hors de la portée du présent document.

Il n'y a pour le moment aucun vocabulaire définitif pour parler des risques et des méfaits de la consommation d'alcool et d'autres drogues et substances, et des façons d'intervenir. Nous avons donc choisi de définir quatre termes fréquemment utilisés dans le présent rapport afin de nous assurer de leur clarté, bien que nous soyons conscients du fait que certaines de ces définitions ne comportent pas toutes les nuances possibles.

Autorités administratives À moins d'avis contraire, ce terme désigne les autorités fédérales, provinciales, territoriales, régionales et autochtones (Premières nations, Inuits et Métis) responsables des systèmes qui fournissent des services et des soutiens pour la toxicomanie.

Problèmes de consommation Ce terme englobe les problèmes liés à la toxicomanie d'une acuité, d'une complexité et d'une chronicité variables, qui peuvent être d'ordre physique, psychologique, émotif, comportemental, social, spirituel, familial ou juridique. L'utilisation de ce terme ne se limite pas aux problèmes de consommation ou aux dépendances définies par des systèmes de classification des diagnostics comme le *DSM-IV*.

Risques et méfaits Ce terme reconnaît qu'un grand nombre de méfaits possibles (c.-à-d. des risques) et de méfaits réels sont liés à la toxicomanie (p. ex. l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation foetale (ETCAF) chez les bébés de femmes enceintes qui consomment de l'alcool ou les méfaits causés par une intoxication grave ou une forte consommation).

Services et soutiens Ce terme désigne une vaste gamme d'interventions offertes par les services de santé publique, les services sociaux et d'autres secteurs afin de s'occuper des problèmes de consommation et de réduire les risques et les méfaits liés à ces problèmes. L'utilisation de ce terme ne se limite pas au traitement.

1. Veuillez vous reporter à l'annexe A pour la liste complète des recommandations et à l'annexe B pour la liste des membres du groupe de travail.

La stratégie reflète la vision, les principes et les buts du Cadre national d'action pour réduire les méfaits liés à l'alcool et aux autres drogues et substances au Canada (2005). En octobre 2006, à l'occasion d'un atelier national sur le traitement, on a déterminé cinq thèmes stratégiques à explorer plus en profondeur². Au début de 2007, un groupe de travail national comprenant plus de 30 représentants³ de divers domaines de partout au pays a été mis sur pied dans le but d'explorer ces thèmes et d'élaborer la stratégie.

Bien que le mandat du groupe de travail

prende fin avec la présentation du présent rapport, on recommande de poursuivre le travail entrepris en mettant sur pied un comité directeur sur la Stratégie nationale sur le traitement qui serait en lien avec la direction et l'équipe de coordination du Cadre national d'action. Cette équipe, qui est décrite plus en détail dans la section sur le leadership et la coordination, devrait refléter la représentation et l'expertise diversifiées du groupe de travail. Elle offrira de l'orientation et assurera la surveillance de la mise en œuvre des recommandations de la stratégie.

Étude de cas

Les problèmes de consommation peuvent se manifester sous de nombreuses formes et avoir différents effets et conséquences, selon la personne concernée (c.-à-d. son vécu, ses soutiens, ses décisions et les services demandés et reçus). Afin d'illustrer les différentes manières dont les personnes aux prises avec un problème de consommation peuvent interagir avec des services et des soutiens conçus pour les aider, le présent rapport présente le cas fictif d'Étienne et de Maria, un couple aux prises avec un tel problème. Nous poursuivrons le récit de leur histoire tout au long du rapport.

Étienne et Maria ont environ 25 ans. Maria a émigré au Canada en provenance de l'Amérique centrale avec sa famille alors qu'elle était encore bébé. Elle occupe maintenant un emploi à plein temps en administration de bureau. Étienne a été élevé dans une famille monoparentale et a passé son adolescence à décrocher et à raccrocher tout en ayant différents emplois afin d'aider sa mère. Il travaille actuellement à temps partiel tout en terminant ses études universitaires. Étienne et Maria vivent ensemble depuis quelques années, malgré le fait que la famille de Maria ait conservé ses croyances traditionnelles relatives au mariage et qu'elle désapprouve cette union de fait.

Étienne a déjà eu des problèmes de consommation d'alcool, mais depuis qu'il a emménagé avec Maria, il s'est contenté d'une ou deux bières à la fois. Maria ne boit pas, mais il lui arrive de consommer de l'ecstasy dans des fêtes ou dans des boîtes de nuit avec ses amis.

2. Cela s'inscrivait dans le cadre d'une série d'ateliers thématiques où chaque atelier portait sur un thème prioritaire du Cadre national d'action. Les cinq thèmes qui sont ressortis de l'atelier thématique sur le traitement sont les suivants : définir le continuum de base des soins; mettre en œuvre et partager des pratiques exemplaires dans l'ensemble du système de soins spécialisés et du système de santé; déterminer les appuis et les obstacles, de même que les activités axées sur le partage de connaissances à l'égard des décideurs et des responsables de l'élaboration de politiques; élaborer une base de données nationale et intégrée des services et des soutiens offerts aux personnes qui souffrent de problèmes de consommation; adopter une approche centrée sur l'éducation du public.

3. Les représentants provenaient des provinces et territoires, des ministères fédéraux concernés, d'organisations des Premières nations et inuites, d'organisations non gouvernementales, d'établissements d'enseignement, d'organismes et de fournisseurs de services du domaine de l'alcoolisme et de la toxicomanie, de personnes qui ont recours à des services de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie, de membres de leur famille et de membres de la collectivité. Le groupe de travail était présidé par deux membres du Conseil exécutif canadien sur les toxicomanies (CECT), qui représentaient également le Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) de l'Ontario et les Services de santé mentale et de toxicomanie de la Colombie-Britannique (BCMHS).

La consommation problématique au Canada

La consommation d'alcool, de drogues et d'autres substances nuit sérieusement à la santé physique et mentale des Canadiens et aux collectivités dans lesquelles ils vivent. Les méfaits possibles (c.-à-d. les risques) et réels liés à la toxicomanie concernent toute la population et se manifestent différemment d'un endroit à l'autre. Les méfaits vont des blessures graves qui surviennent lorsqu'une personne est en état d'ébriété à des maladies chroniques dues à des années de forte consommation. En 2002, le coût économique total lié à la toxicomanie au Canada a été évalué à 39,8 G\$, soit 1 267 \$ par habitant (Rehm et coll., 2006).

Étant donné que l'utilisation problématique d'alcool et de drogues est liée à autant de risques et de méfaits, on ne peut s'attendre à ce qu'un seul système ou secteur offre tous les services et les soutiens nécessaires afin de répondre aux besoins des personnes aux prises avec des problèmes de consommation, ainsi qu'à ceux de leur famille, de leurs amis et de leurs **proches**⁴. En fait, en 2002, le coût des services spécialisés de traitement de la toxicomanie était estimé à 1,2 G\$, alors que le coût de la toxicomanie pour le système des soins de santé dans son ensemble s'élevait à près de 3,5 G\$ (Rehm et coll., 2006). Les autres secteurs qui contribuent aux services et aux soutiens comprennent les services correctionnels, le logement, l'aide sociale et l'éducation.

Les recherches indiquent que la prestation de services et de soutiens dans toute la gamme des secteurs concernés (intervention intégrée et en réseau) permet non seulement de réduire les problèmes de consommation, mais aussi d'améliorer un grand nombre de facteurs liés à la santé, au fonctionnement

en société et à la justice pénale. Une telle gamme de services et de soutiens représente aussi un bon investissement pour le gouvernement, en ce sens qu'il produit des retours sur investissement qui dépassent de loin les coûts (McLellan et coll., 2000; Raistrick et coll., 2006).

À l'heure actuelle, il existe toutefois des obstacles de taille à surmonter relativement à la coordination et à l'intégration des nombreux secteurs concernés, ce qui cause de sérieuses difficultés aux personnes qui ont besoin des services et des soutiens. Les secteurs qui aident les Canadiens souffrant de problèmes de consommation doivent également intervenir d'une manière **qui tient compte de la population** — c.-à-d. en ajustant leurs services et leurs soutiens aux différents facteurs de risque, à la fréquence et à la gravité, et aux caractéristiques uniques des problèmes de consommation des différentes populations. Un autre obstacle est celui de la grande diversité géographique du Canada et le manque de soins de santé et de services sociaux, même les plus élémentaires, dans les régions éloignées et isolées du pays. Cela nuit à la disponibilité et à l'accessibilité des services et des

Étude de cas (suite)

Après l'école secondaire, Étienne a travaillé dans une petite ville du nord, où son penchant pour l'alcool lui a causé quelques ennuis. Bien que les rencontres du chapitre local d'Alcooliques Anonymes se soient révélées utiles pour bon nombre de ses amis, Étienne n'était pas à l'aise dans un tel groupe, ni avec le principe d'abstinence. Aucun autre service n'était offert dans la région, et ce n'est que lorsqu'il est retourné vivre en ville qu'il a pu avoir accès à des services de counseling externe.

4. Les termes en gras sont définis dans le glossaire (page 42).

soutiens factuels pour les problèmes de consommation. Selon l'endroit où elles vivent, les personnes qui cherchent de l'aide peuvent recevoir des services et des soutiens complètement différents pour un même problème. Dans certains cas, elles peuvent même avoir de la difficulté à trouver de l'aide.

Au Canada, une intervention qui tient compte de la population doit aussi tenir compte de la situation particulière des **Autochtones (Premières nations, Inuits et Métis)**. La santé et le bien-être collectif des Autochtones ont été mis en péril par la perte de culture, de traditions, de langues et de terres ancestrales, une perte qui s'étale sur plusieurs générations. La colonisation, aggravée par les conséquences négatives des politiques relatives aux pensionnats, au racisme et à la discrimination, a également été identifiée comme une cause importante du taux élevé d'alcoolisme et de toxicomanie observé dans de nombreuses collectivités autochtones. Les facteurs de risque sociaux, ce qui comprend le logement de piètre qualité, le manque d'éducation et de perspectives d'emploi intéressantes, ainsi que la violence physique et sexuelle, jouent également un rôle important. Bien qu'on ait identifié les valeurs culturelles et spirituelles comme des facteurs de prévention de la toxicomanie chez les Autochtones, il existe d'importantes lacunes dans l'offre de services et de soutiens adaptés à la culture au Canada. Les facteurs administratifs et géographiques jouent également un rôle dans l'admissibilité et l'accessibilité à des services spécialisés en toxicomanie et en santé mentale offerts par des organismes provinciaux et municipaux.

Un exemple d'interventions systémiques découlant d'un besoin de services qui tiennent compte de la population est la mise sur pied du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA) et de la Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances (FANPLD). Le PNLAADA a été établi en

1982 afin de soutenir les services communautaires de prévention, d'intervention et de suivi offerts aux collectivités inuites et des Premières nations. Ces services sont principalement assurés par les membres des collectivités eux-mêmes. En 1996, la FANPLD a été créée à la suite d'un examen complet des programmes du PNLAADA. Le mandat de la FANPLD consiste à promouvoir la connaissance, l'accessibilité et la qualité des services et des soutiens chez les membres des Premières nations et les Inuits, et à donner une voix nationale aux services de lutte contre la toxicomanie destinés aux Premières nations et aux Inuits.

Services et soutiens pour les problèmes de consommation au Canada : hier et aujourd'hui

Les services et les soutiens offerts aux Canadiens qui souffrent des méfaits liés à la consommation d'alcool et de drogues ont évolué depuis plusieurs décennies dans le contexte d'un système où les soins de santé relèvent de plusieurs types d'organisations différentes, qui varient beaucoup dans leur structure, leur organisation, leur responsabilité, leur accessibilité, leur idéologie et leurs sources de financement. En règle générale, les secteurs de la santé et des services sociaux comme les **soins primaires**, les services sociaux et de santé publique, ainsi que le **système spécialisé dans le traitement des dépendances**, fournissent des services sous la gouverne des autorités régionales à l'aide de fonds provinciaux et régionaux. Les services destinés à des populations précises, comme les membres des Premières nations qui vivent dans une réserve, les militaires et les délinquants sous responsabilité fédérale, relèvent du gouvernement fédéral. Les différentes autorités administratives ont mis sur pied leur propre système de services

et de soutiens sans s'attarder à la cohérence et à la coordination entre les autorités administratives et à l'intérieur de celles-ci. Cela a eu pour effet une fragmentation et un manque de cohérence entre les éléments, au lieu du système de services et de soutiens intégré proposé par la présente stratégie.

Bien que la diversité des substances nocives utilisées ait été reconnue, il n'en demeure pas moins que la diversité des toxicomanes qui cherchent de l'aide a reçu peu d'attention (p. ex. le sexe, l'âge, la culture et l'ethnie, l'orientation sexuelle) malgré les données en faveur d'une approche sur mesure qui tienne compte de la population.

Depuis les années 1980, l'amélioration de la compréhension des causes générales et biopsychosociales des problèmes de consommation a poussé bien des personnes à défendre une approche centrée sur des systèmes intégrés pour la planification et la prestation des services et des soutiens dans la lutte à l'alcoolisme et à la toxicomanie, une approche qui permet de détecter et de régler les problèmes avant qu'ils prennent de l'ampleur (les progrès réalisés en ce sens ont toutefois été limités). Plutôt

que de s'en tenir aux méfaits, cette approche reconnaît les risques liés aux problèmes de consommation et elle débouche naturellement sur l'intégration de la promotion et de la prévention, des soins primaires, des soins hospitaliers, des soins d'urgence, des services d'aide au logement et à l'emploi, des établissements d'enseignement, des services correctionnels et juridiques, des services sociaux et aux familles et des services prénataux. Aujourd'hui, la nécessité d'une approche intégrée, qui incorpore une gamme de services et de soutiens coordonnés et qui permet de diriger les personnes vers les services appropriés en fonction de leurs besoins grâce à une analyse attentive, est plus pressante que jamais.

Au cours des dernières années, les tendances suivantes, qui ont suscité des réactions différentes au sein et entre les autorités administratives, sont apparues :

- régionalisation et responsabilisation accrue des systèmes de soins de santé;
- augmentation des besoins de **populations ciblées** en fonction, notamment, de l'augmentation de la diversité de la population (p. ex. connaissances rudimentaires sur la santé transmises à des groupes culturels ou linguistiques précis);
- augmentation de la sensibilisation à l'importance des méfaits en fonction des différents groupes (p. ex. méfaits liés à des taux de toxicomanie plus élevés que la moyenne chez les Autochtones);
- évolution des tendances en matière de toxicomanie dans de nombreuses régions (p. ex. consommation d'opioïdes sur ordonnance et sans ordonnance, d'inhalants et de méthamphétamine);
- complexité accrue des problèmes, dont un taux élevé de problèmes concomitants de santé mentale (p. ex. dépression, symptômes post-traumatiques) et de santé physique (p. ex. hépatites B et C, VIH et SIDA);

Étude de cas (suite)

L'accès à de l'information utile et à des conseils fiables sur la consommation de substances, ce qui comprend leurs effets sexospécifiques, n'existe souvent pas pour des jeunes femmes, comme Maria, qui peuvent consommer des substances illicites ou sur ordonnance. Privées de la possibilité de parler de la consommation de ces substances, elles peuvent voir leur consommation « expérimentale » se transformer en consommation problématique, entraînant ainsi parfois des problèmes en lien avec la santé physique ou émotionnelle, les relations, l'emploi et même la justice.

- diminution du soutien social pour les personnes qui cherchent de l'aide (c.-à-d. manque de logements et d'emplois);
- augmentation accrue des approches faisant appel à la **réduction des méfaits**.

Ces tendances et les réactions qu'elles suscitent mettent davantage en lumière les faiblesses d'un système qui est fragmenté et confirment la nécessité de régler les problèmes de consommation grâce à une meilleure intégration des systèmes de services et de soutiens.

Un certain nombre d'initiatives parallèles essaient d'apporter du leadership et de l'orientation dans la planification et la prestation des services et des soutiens aux personnes aux prises avec des problèmes de consommation, et la Stratégie nationale sur le traitement profitera de la coordination avec ces initiatives et la renforcera. Voici quelques-unes de ces initiatives :

Le **Cadre national d'action pour réduire les méfaits liés à l'alcool et aux autres drogues et substances au Canada** (2005) est le fruit d'une vaste consultation multisectorielle et met en évidence la nécessité d'adopter une gamme complète d'approches pour traiter les problèmes de consommation (p. ex. financement adéquat, pratiques factuelles, intégration des services et des soutiens entre les différents systèmes). Le Cadre comporte 13 priorités, dont l'alcool, le traitement, les jeunes, les Premières nations et les Inuits, le perfectionnement de la main-d'œuvre, l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation foetale et les problèmes relatifs aux détenus. Les recommandations et les stratégies de mise en œuvre pour chacune des priorités seront liées à la Stratégie nationale sur le traitement afin de promouvoir les partenariats et la collaboration en appui au Cadre.

La **Stratégie nationale antidrogue** (2007) est une initiative du gouvernement fédéral dont les efforts portent sur les trois domaines suivants : la prévention, le traitement et l'application de la loi. Le budget pour la composante de traitement s'établit à 32 M\$. Le financement annoncé jusqu'à maintenant inclut 30,5 M\$ au chapitre des services aux Premières nations et aux Inuits, 10 M\$ pour le traitement dans le quartier centre-est de Vancouver, 2 M\$ réservés aux traitements visant les Autochtones du centre-est de Vancouver et 220 000 \$ pour les jeunes Autochtones qui évoluent dans le milieu de la drogue et des gangs.

Le **Programme de financement du traitement de la toxicomanie de Santé Canada**, qui remplace le Programme de traitement et de réadaptation en matière d'alcoolisme et de toxicomanie, attribue un financement de 111 M\$ sur cinq ans pour les initiatives de traitement dans les provinces et les territoires. Le programme comporte deux voies de financement, qui visent respectivement le renforcement des *systèmes* de services et de soutiens à la toxicomanie, et le soutien à des services *précis*.

Le **Comité consultatif sur la santé mentale des Premières nations et des Inuits**. Ce comité a été créé en réponse aux importants problèmes de consommation qui affectent les Premières nations et les Inuits et dans le but de trouver des solutions pertinentes d'un point de vue culturel. Il fournira une orientation stratégique à la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits du gouvernement fédéral. Le comité a adopté une approche globale qui fonde tous les efforts de guérison individuels et communautaires sur la relation entre les aspects mentaux, physiques et sociaux et qui considère que la santé mentale requiert des solutions multidimensionnelles qui tiennent compte des déterminants de la santé. Le rapport

du comité inclut également un sous-rapport séparé produit par Alianait, un groupe de travail sur la santé mentale des Inuits.

Le **Comité consultatif sur la dépendance chez les Premières nations** a été convoqué en 2008 afin d'élaborer un cadre pour le renforcement et le renouvellement des services de prévention et de traitement qu'offre le PNLAADA aux collectivités des Premières nations. Pour accomplir cette tâche, le comité supervisera un examen complet (régional et national) des services de toxicomanie afin de s'assurer que les membres des Premières nations ont accès à une gamme de services et de soutiens efficaces, durables et adaptés à leur culture. Le comité, qui est composé de chercheurs, de professionnels de la santé et de représentants des Premières nations, a été mis sur pied à la suite d'un partenariat entre la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada, l'Assemblée des Premières Nations et la Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances. Un processus distinct est envisagé pour les collectivités inuites du Nord.

La **Commission de la santé mentale du Canada** (2007). Bien qu'il y ait souvent un lien entre la santé mentale et la toxicomanie, les services et les soutiens pertinents ont traditionnellement été isolés les uns des autres. Le rapport de 2006 du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, présidé par le sénateur Michael Kirby, a formulé plusieurs recommandations relatives à la toxicomanie, tandis qu'une nouvelle commission nationale sur la santé mentale a été créée dans le but de regrouper les questions de santé mentale et de dépendance et d'établir des partenariats avec d'autres organisations, s'il y a lieu.

Outils du gouvernement pour l'analyse différenciée selon les sexes et la diversité. Il faut également mentionner les travaux d'élaboration de politiques sur l'**analyse différenciée selon les sexes et la diversité** et les accords et traités internationaux pertinents comme la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) des Nations Unies et la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale (CIEDR). D'autres initiatives nationales (p. ex. Santé Canada, IRSC) travaillent à la définition et à la promotion de l'utilisation d'une approche qui tient compte de la population et du sexe, d'analyses fondées sur la diversité et d'autres déterminants de la santé. De plus, l'Assemblée des Premières Nations a demandé une analyse différenciée selon les sexes qui tient compte du contexte historique et des traumatismes intergénérationnels.

Le développement d'organisations par et pour les personnes qui ont des problèmes de consommation. Une autre tendance importante est la croissance des organisations de pairs qui défendent les intérêts des toxicomanes et qui leur fournissent de l'information et de l'assistance. Ces organisations reflètent le désir de bien des personnes qui ont recours aux services et aux soutiens d'aider leurs pairs à avoir accès aux soins appropriés. Elles cherchent à contribuer à la planification et à la prestation de services et de soutiens locaux et à participer à la planification des services à l'étape de l'élaboration des politiques. Dans son enquête de 2006 sur les services de santé mentale du Canada, le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a reconnu l'utilité de cette participation et a recommandé de soutenir son développement.

Composantes et principes de la Stratégie nationale sur le traitement

Les consultations et les recherches qui ont mené à l'élaboration de la Stratégie nationale sur le traitement ont permis de mettre le doigt sur un grand nombre de problèmes et de formuler de nombreuses recommandations, ce qui comprend des solutions coordonnées et multisectorielles aux risques et aux méfaits liés à la toxicomanie, et ont révélé le besoin pressant de poursuivre les recherches et l'évaluation des programmes et des politiques. Nous avons réuni les problèmes et les recommandations en trois domaines d'action stratégiques :

- Renforcement des capacités dans tout le continuum des services et des soutiens;
- Appui au continuum de services et de soutiens;
- Avancement de la stratégie.

Les activités recommandées dans chacun de ces domaines doivent être maintenues et coordonnées entre les autorités et les secteurs afin d'assurer un changement efficace dans les connaissances, les attitudes et les pratiques. Ces activités devraient également refléter les principes fondateurs suivants qui ont orienté l'élaboration des recommandations de la stratégie :

1. L'ensemble des risques et des méfaits liés à la toxicomanie doit être reconnu. Les méfaits liés à la toxicomanie ne se limitent pas aux troubles de consommation qui peuvent être diagnostiqués; ils couvrent une vaste gamme de problèmes. Qu'elle entraîne des méfaits ou non, la consommation d'alcool et de drogues comporte une grande variété de risques.

2. Une approche coordonnée et multisectorielle est requise afin de faire face aux risques et aux méfaits.

Une approche complète, globale et intégrée est nécessaire pour faire face aux risques et aux méfaits. Le continuum de services et de soutiens comprend non seulement le traitement, mais aussi une gamme beaucoup plus grande, tant en amont qu'en aval, fournie collectivement par de multiples secteurs.

3. Les pratiques doivent être fondées sur des données probantes. Les services et les soutiens appropriés et efficaces réduisent les risques et les méfaits auxquels font face les toxicomanes, leur famille et leurs proches. Ils réduisent aussi le fardeau que représente la toxicomanie pour la santé, la société et l'économie. Les services et les soutiens devraient refléter les pratiques exemplaires et nouvelles fondées sur des données probantes de grande qualité.

4. Les systèmes doivent être fondés sur les besoins. Les besoins particuliers des différentes régions et populations du Canada jouent un rôle important dans les décisions relatives au financement et dans la planification des systèmes. Le financement devrait dépendre des besoins et de la capacité requise pour un système, plutôt que des prévisions historiques. La planification des systèmes doit s'appuyer sur des données actuelles et exactes sur la prévalence et les habitudes établies et nouvelles de consommation et leurs méfaits au sein de différentes populations, tout en insistant sur les substances qui causent le plus de dommages à l'ensemble de la population.

5. Les services et les soutiens doivent s'appuyer sur une analyse différenciée selon les sexes et la diversité. La planification et la prestation des services et des soutiens devraient tenir compte de la manière dont les besoins, les choix et la participation aux services est influencée par l'interaction entre des facteurs comme le sexe, la culture, l'ethnicité, la condition socioéconomique, les handicaps, l'orientation sexuelle, le statut migratoire, l'âge et la géographie.

6. *Les services et les soutiens doivent être centrés sur les personnes.* Pour que l'approche centrée sur les personnes fonctionne, il faut que la planification et la prestation de services reposent sur une bonne appréciation et compréhension des besoins, des forces et des choix de chaque personne qui demande de l'aide.

7. *Les familles et les proches sont un élément essentiel.* Les méfaits de la toxicomanie ne se limitent pas aux personnes qui éprouvent le problème de consommation. Il faut reconnaître le rôle de la famille, des amis et des autres aidants dans la vie des personnes aux prises avec des problèmes de consommation et les intégrer à la planification et à la prestation des services et des soutiens afin de traiter les problèmes de consommation de la manière la plus efficace possible et de consolider les liens familiaux et communautaires.

8. *Les services et les soutiens doivent mettre l'accent sur les risques et la préparation.* Bon nombre de services et de soutiens sont destinés aux toxicomanes jugés prêts à demander de l'aide et à l'accepter. On estime qu'il serait préférable de mettre l'accent sur des services et des soutiens destinés à tous les toxicomanes (et à leur famille, à leurs amis et à leurs proches), en tenant compte de leur état de préparation, ainsi que sur les efforts de promotion et de prévention qui visent la population générale et les groupes à risque (accent en amont).

9. *Les systèmes sont responsables d'offrir des services et des soutiens efficaces.* L'évaluation, la surveillance et l'assurance de la qualité sont essentielles à des services et à des soutiens efficaces. Le leadership, la participation active, l'engagement et le partage des ressources sont essentiels à la promotion des collaborations, des ressources et des initiatives requises pour améliorer les services et les soutiens offerts aux Canadiens susceptibles de souffrir des méfaits de la toxicomanie ou qui en souffrent déjà.

Étude de cas (suite)

Le programme externe auquel Étienne a eu recours une fois de retour en ville comprenait une composante de formation professionnelle qui lui a permis de découvrir que sa passion pour le plein air pouvait se traduire par un diplôme en foresterie. Le programme axé sur les forces lui a également permis de se servir de sa relation solide avec sa famille pour élaborer un plan de traitement et explorer, en toute franchise, les conséquences de sa consommation d'alcool sur sa santé et ses relations avec les autres.

3. DOMAINES D'ACTION STRATÉGIQUES

Renforcement des capacités dans le continuum de services et de soutiens

À l'heure actuelle, de nombreux facteurs nuisent à l'accès à des services et à des soutiens efficaces et appropriés. Parmi ces facteurs, on trouve les effets néfastes de la stigmatisation et de la discrimination, et les variations dans les services et les soutiens, tant au sein des autorités et des secteurs, qu'entre ceux-ci (p. ex. écarts dans la gamme de services fournis, admissibilité limitée à des services, qualité variable des services).

Un des principaux défis auxquels font face les personnes qui cherchent de l'aide est la nécessité de se frayer un chemin dans différents systèmes de services et de soutiens qui ne sont pas bien reliés les uns aux autres et qui ne communiquent pas très bien entre eux. Bien qu'il existe des zones où la collaboration est excellente, il est nécessaire de proposer une solution complète et mieux intégrée afin de répondre efficacement aux besoins et aux exigences des gens relatifs au vaste éventail de risques et de méfaits auxquels ils sont confrontés.

Pour améliorer la situation, les recommandations formulées dans la stratégie s'appuient sur deux concepts clés : la nature complexe et changeante des problèmes de consommation et les « points et voies d'accès » par lesquels les gens accèdent aux services et aux soutiens.

La nature complexe et changeante des problèmes de consommation. Les différents méfaits causés par la toxicomanie peuvent être qualifiés selon les trois axes suivants : *l'acuité, la chronicité et la complexité.*

Une personne peut souffrir de problèmes aigus qui sont plutôt mineurs (p. ex. une chute mineure) ou sévères (p. ex. des blessures graves causées par un accident de moto en situation de facultés affaiblies). Dans le même ordre d'idées, les problèmes chroniques peuvent être moins sévères (p. ex. dépression légère, absences répétées au travail) ou plus sévères (p. ex. problèmes familiaux récurrents, maladie du foie).

De nombreuses personnes aux prises avec des problèmes de consommation ou affectées par ceux d'un proche risquent de souffrir de problèmes de santé graves (p. ex. dépendance combinée à des urgences médicales, ou dépendance combinée à des troubles mentaux). Ces combinaisons caractérisent la complexité des problèmes de la personne. La complexité reflète souvent les facteurs sociaux qui peuvent contribuer à la consommation dangereuse d'une personne (p. ex. incapacité de conserver un logement stable et de satisfaire d'autres besoins fondamentaux) et d'autres problèmes sociaux et de santé qui vont de pair avec sa consommation chronique (p. ex. antécédents de problèmes de santé mentale, carences affectives, violence, traumatismes et, dans le cas des membres des Premières nations et des Inuits, des traumatismes intergénérationnels).

La voie par laquelle une personne accède au système de services et de soutiens et l'expérience qu'elle vit par la suite dépendent de cette combinaison d'acuité, de chronicité et de complexité, ainsi que d'autres facteurs comme l'ethnicité, le sexe, le statut parental, le lieu de résidence et le rôle (c.-à-d. si la personne souffre du problème de consommation ou si elle est un proche d'une personne aux prises avec un problème de consommation). Par exemple, certaines personnes peuvent être plus susceptibles

d'avoir tout d'abord recours à des soins primaires⁵, tandis que d'autres peuvent se rendre régulièrement à l'urgence. Certaines personnes peuvent participer à un programme de traitement spécialisé, tandis que d'autres peuvent préférer se joindre à un groupe d'entraide comme Alcoolistes Anonymes, Narcotiques Anonymes ou Al-Anon, ou même participer à un groupe d'entraide en ligne ou consulter des documents en ligne aux fins d'information ou d'auto-amélioration. D'autres encore peuvent accéder au système par la voie de services sociaux ou aux familles de leur collectivité ou entreprendre un programme de traitement prescrit par la justice. La voie par laquelle une personne accède aux services et aux soutiens dépend de sa situation à un moment donné.

Étude de cas (suite)

Étienne a recommencé à boire plusieurs soirs par semaine avec des amis, et Maria trouve souvent des bouteilles de bière vides lorsqu'elle rentre du travail. Elle a essayé de s'informer sur les options de traitement intensif offertes, mais le centre de traitement résidentiel qu'elle a trouvé dans l'annuaire téléphonique a une longue liste d'attente. Elle a appelé un autre programme et a expliqué que la consommation d'alcool d'Étienne est probablement liée à une dépression. On lui a répondu que l'établissement ne s'occupe pas des personnes qui ont des troubles mentaux graves. Étienne s'est rendu chez son médecin de famille pour un examen médical. Ce dernier lui a fait une prescription pour sa dépression, mais il n'a pas exploré son problème de consommation.

La situation est donc complexe : la consommation d'alcool et de drogues comporte de nombreux risques et méfaits dont l'acuité, la chronicité, la complexité et la gravité varient d'une personne à l'autre, ainsi qu'au fil du temps.

Points et voies d'accès. Comme on l'explique précédemment, lorsqu'une personne cherche à obtenir de l'aide pour un problème de consommation, elle a le choix de différents *points d'accès* au système de services et de soutiens. À partir de ce point, un choix de *voies d'accès* possibles s'offre à elle. Idéalement, mais ce n'est pas toujours le cas, le point d'accès initial débouche sur des services et des soutiens qui sont appropriés pour la personne à ce moment-là. Les services et les soutiens sont liés à d'autres services et soutiens dont peut avoir besoin la personne. Une même personne peut, tout au long de son existence, accéder au système par de nombreux points différents et emprunter de nombreuses voies, certaines étant appropriées, d'autres non.

Les gens devraient toujours recevoir l'aide dont ils ont besoin, *peu importe le point d'accès par lequel ils sont entrés*. Un système bien pensé, complet et multisectoriel est nécessaire pour atteindre cet objectif. Un tel système garantit également que les personnes reçoivent de l'aide lorsqu'elles doivent passer d'un secteur à un autre.

Voici un exemple qui illustre le concept de points et de voies d'accès : une personne consulte son médecin de famille pour un examen de routine (point d'accès initial). Le médecin, qui se doute que les accidents et les problèmes relationnels qui jalonnent la vie de son patient sont liés à un problème de consommation, effectue un test de dépistage officiel et dirige la personne vers un programme spécialisé afin qu'elle subisse une évaluation complète (voie 1). L'évaluation mène à son tour à une série de séances de consultation en clinique externe

5. Par « soins primaires », on entend les services de santé de première ligne qui, au Canada, comprennent les médecins de famille (ou les omnipraticiens), les infirmières et les infirmières praticiennes.

(voie 2), après quoi la personne est renvoyée chez son médecin de famille qui s'occupera de la suivre et de la soutenir (voie 3)⁶.

Étude de cas (suite)

Dans le cas d'Étienne, le premier programme avec lequel Maria a communiqué aurait pu lui fournir une liste des services et des soutiens disponibles, à condition bien sûr que ce programme appartienne à un système de points et de voies d'accès intégrés. Étienne aurait alors pu accepter de participer à un programme externe intensif pour le traitement des problèmes de santé mentale et de consommation d'alcool. Le médecin d'Étienne aurait également pu chercher à savoir s'il avait des problèmes de consommation, avant de le faire participer à une brève intervention pour la consommation dangereuse d'alcool et de l'encourager à envisager un programme spécialisé, comme du counseling par exemple, pour traiter sa dépression. Le médecin d'Étienne aurait également pu parler de toxicomanie avec Maria, en se doutant qu'elle peut elle aussi souffrir des problèmes de consommation d'Étienne, ceux-ci étant susceptibles de nuire à leur relation et d'affecter la jeune fille. Le médecin aurait aussi pu fournir à Maria de l'information sur les soutiens communautaires à la famille, aux amis et aux autres aidants des personnes aux prises avec des problèmes de consommation, au cas où elle aurait elle-même aimé recevoir du soutien.

MODÈLE DE SERVICES ET DE SOUTIENS À NIVEAUX

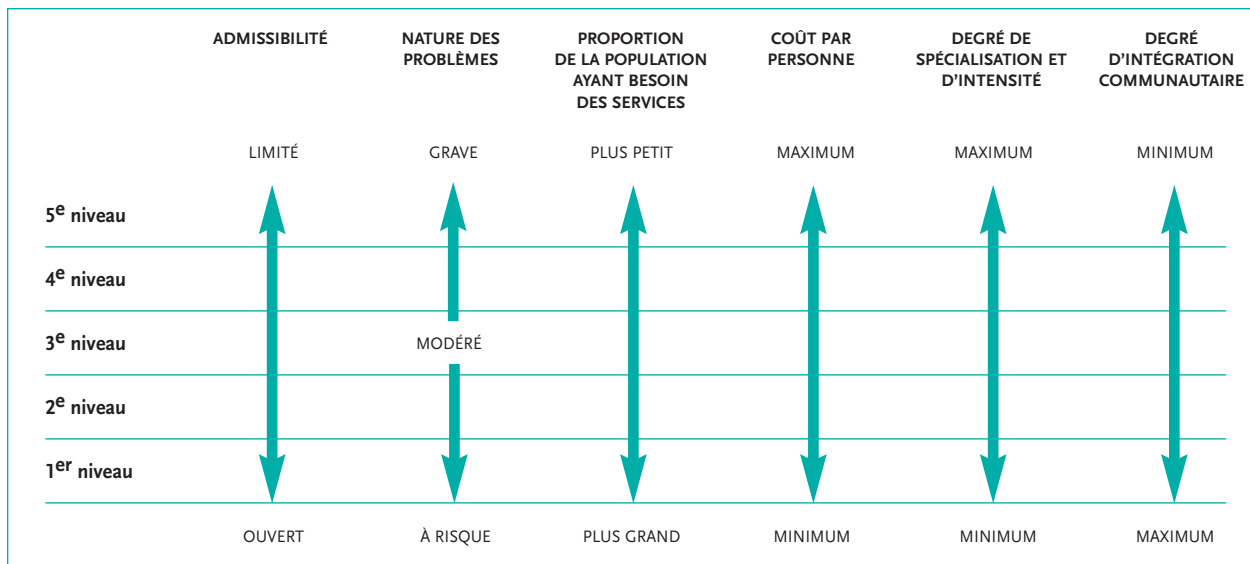
La Stratégie nationale sur le traitement doit reposer sur des réactions excellentes des systèmes aux problèmes de consommation. La stratégie recommande l'adoption d'un modèle à niveaux pour l'organisation des services et des soutiens afin de s'occuper des problèmes de consommation. Ce modèle englobe les concepts présentés précédemment, y compris le principe inhérent à la notion des points et des voies d'accès selon lequel « chaque porte est la bonne »⁷. Le modèle à niveaux recommandé s'appuie sur une analyse documentaire et sur l'étude des efforts déployés par les autorités pour améliorer les réactions systémiques aux problèmes de consommation. On trouve des variantes de ce modèle au Québec, au Royaume-Uni et en Australie. Le modèle présenté dans ce document s'inspire de ces trois exemples, et plus particulièrement du modèle du Royaume-Uni.

Le modèle comporte cinq niveaux, qui représentent des ensembles logiques de services et de soutiens. Chaque niveau n'est pas une entité en soi, mais plutôt un ensemble de services et de soutiens qui offrent des niveaux similaires d'accessibilité et d'admissibilité, qui s'occupent de problèmes d'une gravité comparable et qui ont une intensité et un degré de spécialisation comparables. La figure 1 (page suivante) résume les caractéristiques des cinq niveaux en fonction de ces dimensions et d'autres aspects.

6. L'annexe C contient un diagramme schématique des multiples points et voies d'accès et montre comment une personne pourrait idéalement se déplacer dans un modèle de services et de soutiens à niveaux comme celui décrit plus loin.

7. Le principe que traduit cette expression est le même qui sous-tend les efforts réformatoires faits en Colombie-Britannique et ailleurs dans le monde; voir (en anglais seulement) www.housing.gov.bc.ca/ptf/framework_for_substance_use_and_addiction.pdf

FIGURE 1 : DESCRIPTION DES CINQ NIVEAUX



Comme la figure 1 l'indique, les services et les soutiens des niveaux inférieurs (niveaux 1 et 2) ont des critères d'admissibilité ouverts et sont conçus pour répondre aux besoins d'un plus grand nombre de personnes que ceux des niveaux supérieurs. Les services et les soutiens des niveaux inférieurs ne se concentrent pas toujours sur la toxicomanie, sont intégrés à la collectivité, ont une intensité plutôt faible et entraînent des coûts relativement faibles. Ils devraient être offerts dans la plupart des collectivités. Les utilisateurs des services et des soutiens de ces niveaux peuvent être :

- des personnes susceptibles d'avoir des problèmes de consommation;
- des personnes qui ont des problèmes relativement mineurs (c.-à-d. acuité, chronicité et complexité faibles);
- des personnes qui ont des besoins plus importants, mais qui ont choisi d'avoir recours aux services des niveaux inférieurs (p. ex. leur médecin de premier recours du niveau 2) plutôt qu'à ceux des niveaux supérieurs (p. ex. programme de traitement spécialisé du niveau 4 ou 5);

- des personnes qui ont recours aux services des niveaux supérieurs pour des besoins complexes et qui ont besoin de soutien de moindre intensité, mais de façon continue (c.-à-d. des soins continus) pour assurer leur bien-être.

Les services et les soutiens des niveaux supérieurs (niveaux 4 et 5) sont conçus pour répondre aux besoins d'un nombre restreint d'utilisateurs. Ils sont, dans la plupart des cas, hautement spécialisés et intensifs et s'adressent aux personnes dont les problèmes de consommation sont plus graves (c.-à-d. d'une acuité, d'une chronicité et d'une complexité élevées), ce qui fait en sorte qu'ils coûtent plus chers que ceux des niveaux inférieurs. L'admissibilité aux services des niveaux supérieurs repose habituellement sur des critères formels et peut parfois nécessiter l'accord d'un médecin. Bien que ces services ne soient pas aussi répandus que les services des niveaux inférieurs (c.-à-d. qu'ils sont offerts dans moins de collectivités), en raison de la faible demande, de leur degré de spécialisation et de leurs coûts élevés, ils devraient être offerts dans une grande zone (c.-à-d. une région, une province ou un territoire).

Étude de cas (suite)

Le problème d'alcool d'Étienne continue de s'aggraver, et il finit par recevoir une peine de prison de trois mois après avoir blessé quelqu'un lors d'une échauffourée dans un bar. La cour établit un lien entre le comportement violent d'Étienne et sa consommation d'alcool, et elle demande à ce qu'il purge sa peine dans une « aile sans drogue » et participe à un programme intensif de traitement de la toxicomanie. Durant son séjour en prison, Étienne commence à régler son problème de consommation tout en explorant la relation entre son alcoolisme, sa dépression et le traumatisme qu'il a subi dans sa jeunesse quand il a été témoin de violence conjugale. Au terme de sa peine, les conditions de libération conditionnelle d'Étienne incluent l'obligation de ne pas boire d'alcool et de se présenter régulièrement à des réunions des AA, cela malgré le fait que les services individuels lui aient donné de meilleurs résultats que des services collectifs dans le passé.

Une approche intégrée de prestation des services et des soutiens en toxicomanie aurait permis à Étienne de participer à un programme compatible à celui qu'il suivait en prison. Par exemple, les services offerts en milieu carcéral auraient pu être assurés par la composante « externe » d'un programme communautaire, grâce à une entente de services interorganisationnelle avec les services correctionnels provinciaux. L'agent de probation d'Étienne aurait pu superviser une transition directe au volet communautaire du programme après sa libération (coordination), ce qui aurait garanti qu'il continue de recevoir les services les mieux adaptés à ses besoins (appariement).

Le modèle à cinq niveaux permet d'offrir un continuum de services et de soutiens qui comporte de multiples points et voies d'accès.

Un des principes clés du modèle à niveaux est que les utilisateurs, tout comme leurs besoins, sont tous différents et qu'ils changent au fil du temps. Par conséquent, les personnes ne se cantonnent pas dans un seul niveau. Il n'y a donc pas de « consommateur de niveau 5 », par exemple. À différents moments de sa vie, une personne peut avoir recours à des services et à des soutiens de différents niveaux, de façon séquentielle ou simultanée.

Les voies tracées dans le système à niveaux sont donc personnelles et fondamentalement centrées sur le client. Dans un tel cadre, les fournisseurs des services et des soutiens de chaque niveau doivent avoir les compétences et l'expertise nécessaires pour servir une clientèle diversifiée de façon efficace. Et pourtant, chaque système doit être en mesure de fournir des services et des soutiens destinés à des groupes précis.

Les concepts directeurs du modèle à niveaux sont définis dans l'encadré de la page suivante.

CONCEPTS DIRECTEURS DU MODÈLE DE SERVICES ET DE SOUTIENS À NIVEAUX

Il n'y a pas de mauvais point d'accès. Une personne peut avoir accès au continuum de services et de soutiens à partir de n'importe quel niveau. Elle devrait ensuite être dirigée vers les services et les soutiens appropriés du même niveau ou de tout autre niveau. La coordination des voies d'accès incombe au système, et non pas à l'utilisateur. Afin de s'assurer que ce principe est mis en pratique, tous les secteurs devraient faire un dépistage systématique chez tout le monde afin de repérer ceux qui ont des problèmes de consommation et de les diriger vers des services d'évaluation complets, s'il y a lieu.

Disponibilité et admissibilité. Les utilisateurs devraient trouver et avoir accès aux services et aux soutiens de tous les niveaux à une distance raisonnable de leur lieu de résidence ou encore grâce à d'autres moyens (p. ex. télésanté, services en ligne ou mobiles).

Appariement. Les personnes devraient être appariées aux services et aux soutiens dont l'intensité correspond le mieux à leurs besoins et à leurs forces. L'appariement repose non seulement sur des procédures de dépistage et des outils d'évaluation normalisés, mais aussi sur des processus qui respectent le choix des personnes concernant le type de soins susceptibles de donner les meilleurs résultats (en fonction de leur pertinence culturelle, du groupe linguistique et d'autres facteurs).

Choix et admissibilité. Lorsque plus d'un service ou soutien répond aux besoins d'une personne, cette dernière devrait pouvoir choisir entre les différents services et soutiens auxquels elle est admissible. Une personne devrait pouvoir avoir recours à des services et à des soutiens à l'intérieur d'un niveau et d'un niveau à un autre, bien qu'elle soit principalement rattachée à un niveau en particulier à un moment donné.

Souplesse. Une personne devrait être dirigée d'un niveau inférieur à un niveau supérieur (intensification) ou d'un niveau supérieur à un niveau inférieur (diminution) selon ses besoins.

Capacité de réaction. Les personnes et leurs besoins évoluent au fil du temps et des événements. Tout au long de son cheminement à l'intérieur d'un système, l'utilisateur devrait recevoir l'aide dont il a besoin (p. ex. de l'information, de l'aiguillage, des évaluations, des traitements) pour passer progressivement aux services et aux soutiens de niveaux inférieurs.

Collaboration. Le cheminement d'une personne dans les voies du système devrait être facilité par une collaboration entre les fournisseurs des différents types de services et de soutiens. La collaboration devrait se faire tant aux niveaux cliniques (p. ex. grâce à des protocoles de services partagés entre différents fournisseurs) qu'aux niveaux administratifs et organisationnels (p. ex. grâce à des partenariats et à des ententes entre les organismes), et l'utilisateur des services devrait toujours y participer.

Coordination. Les systèmes d'information sur la santé devraient permettre le partage facile d'information entre les différents systèmes afin de faciliter la prestation des services, ainsi que la planification des systèmes, la surveillance et l'évaluation.

Les descriptions ci-dessous des différents niveaux comprennent des exemples des types de services et de soutiens de chaque niveau et indiquent comment les services et les soutiens communiqueront et collaboreront avec les autres niveaux. Ces descriptions n'impliquent pas de structure fixe qui fonctionne pour toutes les autorités administratives. Elles ne veulent pas non plus dire que tous les types de services et de soutiens associés à un niveau donné doivent être offerts dans un territoire donné. Il est toutefois crucial qu'un *continuum* complet de services et de soutiens bien intégrés soit offert dans *l'ensemble des cinq niveaux* afin de répondre à tous les besoins des utilisateurs. Avec ces préceptes à l'esprit, nous avons déterminé un niveau minimal des services et des soutiens qui devraient être offerts dans chacun des niveaux. Les services et les soutiens nécessaires ont été déterminés à l'aide des trois critères suivants :

- *Réduire les risques et les méfaits.* Les services et les soutiens nécessaires sont ceux qui, à l'intérieur d'un niveau donné, auront les résultats les plus probants en permettant de réduire les risques et

les méfaits qui touchent le plus grand nombre possible d'utilisateurs de ce niveau.

- *Faciliter le mouvement à l'intérieur d'un niveau.* Les services et les soutiens nécessaires sont ceux qui permettent d'accéder à d'autres services et soutiens du même niveau, ce qui permet aux utilisateurs de profiter de la collaboration entre fournisseurs.
- *Faciliter le passage d'un niveau à un autre.* Les services et les soutiens nécessaires sont ceux qui permettent d'avoir accès aux services et aux soutiens d'un autre niveau, ce qui permet aux utilisateurs d'avoir recours à l'ensemble du continuum de services et de soutiens.

Certains types de services (p. ex. programme de gestion du sevrage) sont davantage des catégories de services qui peuvent être offerts à plus d'un niveau (p. ex. la prise en charge du retrait social serait normalement l'apanage du niveau 3, tandis que la gestion médicale du sevrage est plus susceptible de se trouver au niveau 5).

Niveau 1

Les services et les soutiens du niveau 1 constituent des efforts d'ordre général qui s'appuient sur les systèmes et les réseaux naturels de soutien aux personnes, aux familles et aux collectivités. Ils constituent une assise pour une population en santé et reposent sur des critères d'admissibilité qui permettent à tous d'y avoir recours.

Les services et les soutiens de niveau 1 peuvent comprendre :

- des initiatives de prévention et de promotion de la santé visant l'ensemble de la population (p. ex. une association communautaire, de l'information en ligne sur la consommation d'alcool modérée, une initiative pour la

prévention de l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF), un service aux familles);

- des initiatives de prévention et de promotion de la santé visant des groupes à risque (p. ex. des programmes scolaires de prévention et d'éducation à l'intention des adolescents et des adolescentes, du soutien social aux familles dans le besoin);
- des ressources et des soutiens pour aider les personnes à gérer un problème de consommation mineur et à s'en remettre par elles-mêmes;
- du suivi et des soins continus offerts aux personnes qui ont déjà eu recours à des services et à des soutiens des niveaux supérieurs;

-
- d'autres soutiens offerts à tous auxquels des personnes avec des problèmes d'une gravité variable choisissent de participer (Alcooliques Anonymes, Narcotiques Anonymes, Al-Anon, groupes de soutien en ligne).

Les services et les soutiens de niveau 1 font office de point d'accès aux services et soutiens des niveaux supérieurs. Ces services de niveau 1 peuvent se poursuivre pendant qu'une personne utilise des services de niveau supérieur. Il est également possible d'y revenir ultérieurement.

Les services et les soutiens de niveau 1 suivants devraient être accessibles à proximité des collectivités de toutes les autorités administratives :

- Les services communautaires et d'action sociale ouverts à tous qui proposent une vaste gamme d'interventions, comme des renseignements élémentaires sur la santé, et qui sont en mesure de diriger les utilisateurs vers d'autres services et soutiens
- Les groupes de soutien communautaires, ce qui comprend les programmes d'entraide comme Alcooliques Anonymes qui aident les personnes à gérer leur problème de consommation et à s'en remettre, ainsi qu'à reprendre en main des aspects de leur vie qui leur sont chers

Niveau 2

Les services et les soutiens du niveau 2 assurent les fonctions importantes de dépistage et d'intervention précoces pour les personnes aux prises avec un problème de consommation qui n'a pas encore été détecté ni traité. Ils peuvent comprendre le dépistage, des interventions brèves et l'aiguillage vers d'autres services. Les systèmes qui sont en mesure de fournir de tels services sont les médecins de premier recours, les services sociaux (p. ex. logement supervisé), les soins d'urgence et les programmes de santé publique et d'emploi.

Les services et les soutiens de niveau 2 fonctionnent comme des points d'accès aux services et aux soutiens des niveaux supérieurs et ils offrent un appui continu aux utilisateurs pendant qu'ils cherchent

des services d'autres niveaux. Dans la mesure où leurs capacités le permettent, ils offrent des consultations et de l'aide continues aux utilisateurs pendant la période de transition à d'autres services (p. ex. congé et planification de la postcure).

Les services et les soutiens de niveau 2 suivants devraient être accessibles dans la plupart des collectivités de toutes les autorités administratives :

- Dépistage, interventions brèves et aiguillage, ainsi que d'autres services et soutiens continus partagés avec d'autres fournisseurs de différents secteurs (c.-à-d. soins primaires, santé publique, services sociaux, services communautaires de santé mentale)

Niveau 3

Les services et les soutiens du niveau 3 sont conçus pour les personnes aux prises avec des problèmes de consommation et qui sont susceptibles de souffrir de méfaits secondaires (p. ex. VIH, victimisation). Ils comprennent les interventions communautaires actives, la gestion des risques et des services d'évaluation et d'aiguillage de base. Bien que les utilisateurs des services de niveau 3 souffrent de nombreux problèmes liés à la consommation d'alcool ou de drogues, ils n'ont pas nécessairement besoin de services intensifs.

Les services de niveau 3 peuvent comprendre des consultations externes d'ordre général, la gestion du sevrage à domicile, des centres d'injection supervisés et des traitements d'entretien à la méthadone et à la buprénorphine.

La tâche des services et des soutiens de ce niveau consiste à :

- identifier les personnes aux prises avec un problème de consommation;
- gérer l'intoxication d'une personne et les problèmes médicaux graves qui en découlent (p. ex. repli sur soi-même, douleur) et s'assurer qu'elle poursuit le traitement de ses problèmes médicaux;

- aider la personne à profiter d'un maximum d'occasions d'entreprendre un traitement pour ses problèmes de consommation chroniques.

Les services et les soutiens de niveau 3 fonctionnent comme des points d'accès aux services et aux soutiens des niveaux supérieurs.

Les types de services et de soutiens de niveau 3 suivants devraient être offerts dans la plupart des collectivités urbaines et semi-urbaines de toutes les autorités administratives, ainsi que dans les endroits où la demande est suffisamment forte :

- Services d'urgence et autres services intensifs qui offrent des interventions communautaires, de la gestion des risques et de l'aiguillage
- Services d'évaluation normalisée et d'aiguillage
- Traitement d'entretien à la méthadone
- Autres services et soutiens, ce qui comprend les programmes d'échange de seringues, qui peuvent aller au-devant des gens à risque et offrir des services d'approche et de la gestion des risques

Niveau 4

Les services et les soutiens du niveau 4 sont plus intensifs que ceux du niveau 3 et sont, dans la plupart des cas, des services spécialisés destinés aux personnes aux prises avec des problèmes de consommation. Les utilisateurs des services de ce niveau peuvent avoir de multiples problèmes qui requièrent les services et les soutiens de plus d'un secteur ou niveau. Dans des cas d'une telle complexité, il est parfois nécessaire d'adopter une approche multidisciplinaire ou d'avoir recours à une équipe.

Les services et les soutiens de niveau 4 peuvent comprendre :

- des évaluations complètes, afin d'être à même de planifier efficacement le traitement, la gestion de cas, des services externes de counseling, des programmes de jour intensifs pour un rétablissement rapide (désintoxication de jour), des services d'hébergement structurés, des services qui dirigent les personnes souffrant de problèmes concomitants de santé mentale et de toxicomanie

vers les services d'évaluation, de traitement et de soutien nécessaires;

- des services d'action sociale comme des équipes de suivi intensif dans le milieu et d'autres services d'action sociale intensifs dans des hôpitaux (ce qui comprend des services d'urgence), des refuges et des organismes de correction.

Les services et les soutiens de niveau 4 fonctionnent comme des points d'accès aux services et aux soutiens du niveau 5 et des niveaux inférieurs.

Les types de services et de soutiens de niveau 4 suivants devraient être offerts dans la plupart des collectivités urbaines et semi-urbaines de toutes les autorités administratives, ainsi que dans les endroits où la demande est suffisamment forte :

- Des services externes structurés et spécialisés capables de procéder à des évaluations complètes et de fournir des services de planification du traitement et de counseling

Niveau 5

Les services et les soutiens du niveau 5 sont conçus spécialement pour répondre aux besoins des utilisateurs qui ont des problèmes de consommation d'une complexité, d'une acuité et d'une chronicité des plus élevées, ainsi que d'autres types de problèmes, et pour qui les services et les soutiens des niveaux inférieurs sont insuffisants.

Les services et les soutiens de niveau 5 peuvent comprendre :

- des services qui orientent les personnes qui souffrent de problèmes concomitants et complexes de consommation et de santé mentale vers la gamme complète de services d'évaluation, de traitement et de soutien;
- des services de traitement intensif dans des organismes correctionnels;

- des services résidentiels et hospitaliers⁸ (p. ex. des programmes résidentiels pour le traitement des troubles concomitants, des services hospitaliers de gestion du sevrage).

Les services et les soutiens de niveau 5 font office de point d'accès aux services de suivi des niveaux inférieurs.

Les services de niveau 5 suivants devraient être offerts dans les collectivités urbaines et être accessibles dans une vaste zone (p. ex. une région ou une province) :

- Des services résidentiels structurés capables de fournir des services de traitement intensifs et multidisciplinaires aux personnes qui souffrent de problèmes de consommation graves et complexes

Il est important de réaffirmer que les différents niveaux ne sont pas liés à une clientèle particulière ou à une sous-catégorie de toxicomanie en particulier. Le cas des personnes qui souffrent de problèmes concomitants de consommation et de santé mentale illustrent bien ce fait. Une personne souffrant de problèmes de consommation et de santé mentale peut être détectée dans le cadre de soins primaires (niveau 2) et être dirigée vers d'autres services d'évaluation de la santé mentale et de la toxicomanie (niveau 2). La personne peut finalement recevoir des services de counseling continu, de gestion de la pharmacothérapie et le soutien d'une équipe de suivi intensif dans le milieu (niveau 4), tout en participant à un groupe d'entraide conçu pour les personnes ayant des troubles concomitants (p. ex.

Double Trouble, niveau 1). Elle peut également avoir occasionnellement recours à des services et à des soutiens pour des problèmes médicaux graves dans le cadre d'un programme résidentiel intégré et spécialisé ou d'un programme de jour pour les personnes souffrant de troubles concomitants (niveau 5).

De nombreux utilisateurs feront au moins une transition à l'intérieur d'un niveau ou entre deux niveaux. Des services et des soutiens seront nécessaires afin d'assurer le succès des transitions. La fonction d'aiguillage constitue un aspect essentiel du modèle à niveaux. La nature des soutiens adéquats varie d'un niveau à l'autre. Par exemple, différents modèles de gestion de cas ou de **services d'accompagnement**⁹ seraient appropriés aux

8. Bien que les différents niveaux ne correspondent pas directement à des endroits ou à des établissements particuliers, les services résidentiels et hospitaliers se trouvent habituellement aux niveaux les plus élevés. Les services et les soutiens de ces niveaux offrent habituellement aussi le plus haut degré d'intensité et de spécialisation (p. ex. un programme de traitement intensif pour les femmes enceintes aux prises avec des problèmes de consommation).

9. Un autre nouveau modèle favorisant l'accès des personnes au traitement de la toxicomanie est le « gestionnaire d'aiguillage ».

niveaux 4 et 5, tandis qu'un médecin de premier recours pourrait jouer ce rôle au niveau 2. Au niveau 1, les groupes d'entraide pourraient continuer d'assurer leur fonction traditionnelle qui consiste à aider les utilisateurs à accéder aux services et aux soutiens dont ils ont besoin. Il reste du travail à faire dans l'élaboration et l'évaluation des nouveaux modèles de soutien des personnes dans les périodes de transition.

CONSIDÉRATIONS RELATIVES À LA MISE EN ŒUVRE

Comme nous l'avons fait remarquer plus tôt, le modèle à niveaux n'est pas conçu pour être rigide ou normatif, mais doit plutôt être considéré comme un cadre plus ou moins souple pour le continuum de services et de soutiens des niveaux 1 à 5, sur un territoire administratif donné. Ainsi, les autorités qui attribuent des ressources devraient avant tout s'assurer que les services et les soutiens offerts à chaque niveau répondent aux critères de réduction des méfaits et de facilitation du mouvement des utilisateurs à l'intérieur des niveaux et entre ceux-ci.

Le coût par personne augmente en fonction du degré d'intensité et de spécialisation des services et des soutiens¹⁰. Par conséquent, les investissements faits dans les niveaux inférieurs finissent par rapporter des dividendes en contribuant à réduire le nombre de personnes qui ont recours aux services des niveaux supérieurs. Cet objectif peut être atteint en partie grâce aux interventions des niveaux inférieurs (particulièrement celles qui visent les enfants et les jeunes) conçues pour prévenir ou retarder les problèmes de consommation, réduire le risque d'apparition de problèmes de consommation et tenir l'intensification des problèmes existants au minimum.

Il sera très important de s'assurer qu'un financement suffisant est attribué pour la mise en application efficace du modèle à niveaux. Le financement devra être attribué de façon équitable à l'intérieur des autorités administratives et entre celles-ci. Pour y parvenir, il faudra élaborer des modèles de planification fondés sur les besoins qui :

- s'appuient sur des données démographiques sur la toxicomanie;
- incorporent la demande prévue dans l'ensemble des services et des soutiens du continuum;
- tiennent compte, dans la mesure du possible, des facteurs géographiques et administratifs qui ont une incidence sur l'accès aux services et aux soutiens.

Dans leurs travaux d'adoption et de mise en application du modèle à niveaux, les autorités devront se pencher sur un certain nombre de questions afin de déterminer comment appliquer le modèle à leur situation unique. La forme précise que le modèle à niveaux prend dans chacune des autorités administratives dépendra de divers facteurs interreliés, dont :

- la structure et l'organisation de la prestation des services;
- la composition démographique et la géographie;
- la demande pour les différents types de services et de soutiens;
- la manière dont les services et les soutiens interagissent avec ceux des autres autorités (p. ex. lorsque plus d'une autorité existe dans une région donnée, comme c'est le cas des programmes pour les Autochtones financés par le gouvernement fédéral et des services fournis régionalement).

10. En termes absolus, le coût par personne plus élevé des niveaux supérieurs est compensé jusqu'à un certain point par le nombre plus faible d'utilisateurs de ces services.

Étude de cas (suite)

La petite ville du nord où Étienne a initialement cherché de l'aide pour sa consommation dangereuse détermine qu'elle doit améliorer les services offerts au nombre grandissant de jeunes adultes qui occupent un emploi saisonnier dans la région. L'autorité sanitaire régionale travaille avec le plus important employeur saisonnier afin de fournir des services externes de counseling à la collectivité (niveau 4) et d'assurer le suivi sur les lieux de travail à l'extérieur de la ville (niveau 1). L'autorité sanitaire prend également des mesures pour permettre l'accès à des lits dans le centre de traitement résidentiel le plus près de la ville, ainsi qu'au centre de traitement du PNLAADA le plus près pour les travailleurs autochtones à la recherche de services adaptés à leur culture (niveau 5). Elle s'assure aussi que du transport est mis à la disposition des personnes qui ont besoin de ces services plus intensifs. Les gestionnaires de cas (niveau 2) qui travaillent au centre de counseling communautaire facilitent la communication entre les services afin de s'assurer que les clients sont aiguillés efficacement d'un programme à un autre, selon la nature changeante de leurs besoins. La collectivité établit également un partenariat entre les services externes financés par la province et les services communautaires du PNLAADA offerts aux collectivités autochtones environnantes afin de répondre aux besoins des travailleurs autochtones saisonniers intéressés aux services qui utilisent des méthodes traditionnelles pour traiter les problèmes de consommation.

RECOMMANDATIONS

1. Renforcer les capacités de l'ensemble des services et des soutiens en adoptant et en mettant en application les principes et les éléments du modèle à niveaux, ce qui comprend :
 - a. Évaluer dans quelle mesure les services et les soutiens existants sont en adéquation avec les principes et les éléments du modèle à niveaux
 - b. Investir des ressources suffisantes et créer des infrastructures pour veiller à ce que :
 - i. les services et les soutiens requis à chaque niveau soient offerts dans l'ensemble des autorités administratives
 - ii. les personnes puissent en tout temps accéder à des services et à des soutiens minimums, dans tous les secteurs et à tous les niveaux
 - c. Assurer une collaboration et une coordination dans la planification et la prestation des services et des soutiens à l'échelle intersectorielle, y compris l'établissement de protocoles de services partagés, de voies de service et de soutien convenues, ainsi que de modèles de prestation de services interdisciplinaires fondés sur la collaboration **(ensemble des autorités administratives)**
2. Faire participer les consommateurs, les alliés, les familles, les amis et autres proches à l'élaboration, la prestation et l'évaluation constante des services et des soutiens et s'assurer que des personnes ayant une expérience de la consommation se trouvent dans tous les organismes de politique, de planification et de réglementation **(ensemble des autorités administratives)**.
3. Coordonner la préparation d'une trousse pour aider les autorités administratives à évaluer le niveau de services et de soutiens requis dans l'ensemble des services de soins **(Comité directeur de la Stratégie nationale sur le traitement)**.
4. Examiner les mécanismes interjuridictionnels de partage des coûts pour faciliter l'accès aux services dans l'ensemble des autorités administratives **(Santé Canada et Comité de liaison FPT sur la consommation problématique de substances)**.

Soutenir le continuum de services et de soutiens

ÉCHANGE DES CONNAISSANCES

L'**échange des connaissances** est un élément essentiel du renforcement des capacités pour lutter contre les problèmes de consommation. Les activités d'échange des connaissances ont pour principaux objectifs de permettre que la prise de décisions soit davantage axée sur les faits probants et que la recherche s'effectue en fonction des besoins des

décideurs. L'échange des connaissances est également indispensable pour venir à bout des préjugés et de la discrimination dont sont victimes les personnes souffrant de problèmes de dépendance et leur entourage (y compris leur famille, amis et autres proches), voire les fournisseurs de services et de soutiens.

On constate cependant que la prise en compte de connaissances fiables varie considérablement selon le contexte. Il est essentiel que nous axions nos activités sur l'échange des connaissances pour mieux répondre à la demande croissante de soins de santé reposant sur des faits probants. L'accès à

des services et soutiens conçus en fonction des faits probants¹¹ et des différences fondamentales entre les cultures et les populations est un droit.

Le passage en revue des rapports sur les pratiques exemplaires élaborés et transmis par Santé Canada ainsi que la conception de sites Internet et de ressources techniques pour mieux faire connaître aux responsables politiques, aux gestionnaires de programmes et aux intervenants de première ligne les grandes avancées de la recherche et leurs répercussions sur l'organisation et la prestation de services sont des étapes décisives pour réduire l'écart entre « ce que nous savons » et « ce que nous faisons ». De nombreux organismes et réseaux professionnels du Canada ont déjà des mandats liés à l'échange des connaissances, tandis que les gouvernements et autres organismes de financement et de contrôle imposent de plus en plus l'obligation de rendre compte pour les services et les soutiens fondés sur les données probantes. Il reste à élaborer une stratégie globale pour faciliter la création d'une infrastructure améliorée d'échange des connaissances par laquelle les autorités provinciales et territoriales considéreront les faits probants comme faisant partie de la planification des systèmes et de la prestation de services. Une analyse plus poussée devrait cependant être menée pour identifier les éléments de l'infrastructure existante, déterminer les obstacles à l'échange et à l'utilisation des connaissances et coordonner les éléments existants de façon plus efficace. L'infrastructure améliorée d'échange des connaissances devrait :

- être souple, fiable et sensible aux besoins d'un nombre important d'intervenants dans plusieurs contextes;
- permettre de synthétiser les connaissances et fournir des directives relatives à la politique et à la pratique;

Étude de cas (suite)

Après une première consultation, le médecin de famille d'Étienne s'est rendu compte qu'il ne possédait pas les connaissances et les ressources nécessaires pour traiter les patients ayant des problèmes de dépendance. Peu de temps après, une des associations médicales dont il fait partie a pris contact avec lui pour l'informer de la tenue d'un atelier sur les meilleures pratiques à adopter par les fournisseurs de soins primaires confrontés à la toxicomanie de leurs patients (p. ex. le dépistage et les interventions brèves). Le médecin d'Étienne a suivi cet atelier et s'est porté volontaire pour participer à un projet pilote visant à évaluer les directives en matière d'aiguillage et de suivi fondées sur un modèle de prise en charge intégrée.

- permettre de déterminer et de mettre en œuvre des mécanismes efficaces afin d'intégrer de nouvelles connaissances et de promouvoir et de consolider leur utilisation;
- créer des partenariats avec les personnes impliquées dans la recherche et la mise en œuvre afin de déterminer les points susceptibles de faire avancer les pratiques factuelles. Dans le cadre d'une approche axée sur la population, ces partenariats doivent être représentatifs de toute la diversité des personnes ayant des problèmes de dépendance, ainsi que de leur famille, amis et autres proches;
- veiller à ce que les chercheurs et les prestataires de services pratiquent un échange des connaissances mutuel.

11. Il existe différents types et « degrés » de faits probants, que l'on retrouve notamment dans la recherche universitaire, le bagage culturel et l'expérience directe des personnes qui sont ou ont été toxicomanes. Les stratégies d'échange des connaissances devraient encourager de meilleures pratiques tout en permettant l'innovation et l'évaluation.

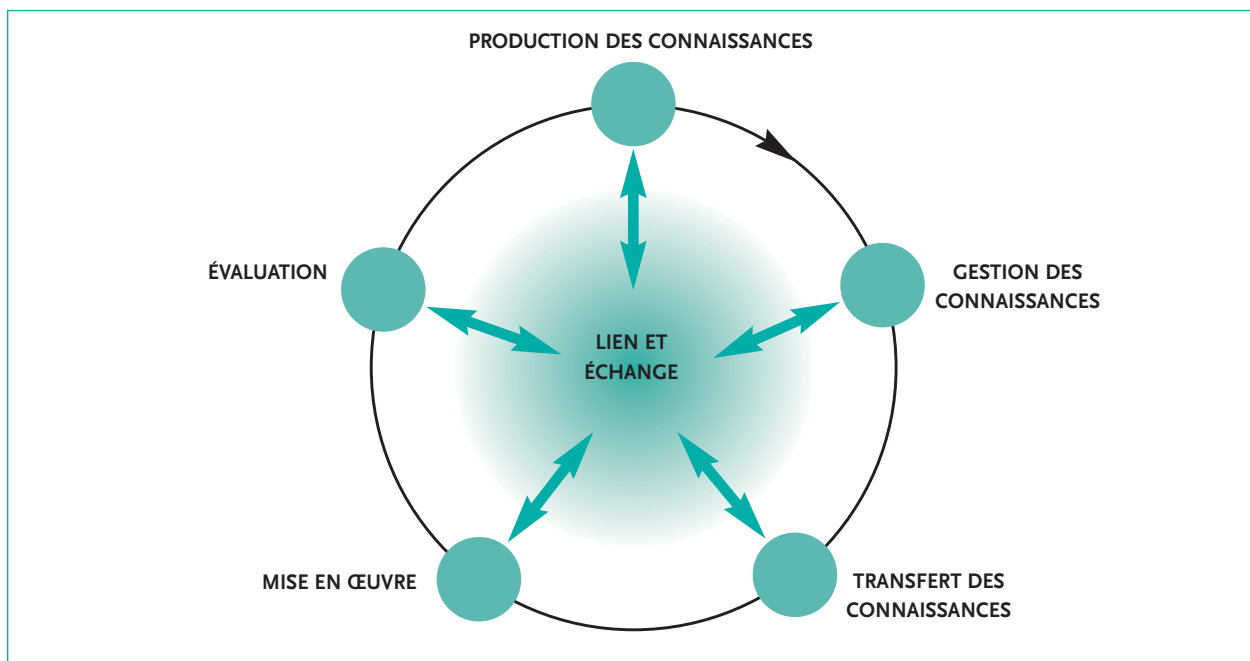
Le modèle présenté à la figure 2 ci-dessous met en évidence les étapes clés d'une stratégie globale visant à faciliter la création d'une infrastructure améliorée d'échange des connaissances. Ce modèle se fonde essentiellement sur les processus de corrélation et d'échange qui facilitent à chaque étape le partage des connaissances entre ceux qui les produisent et ceux qui les utilisent (p. ex. le lien, par l'entremise de réseaux formels et informels, entre les recherches orientées vers la collectivité et celles axées sur la formation). La corrélation et l'échange entre producteurs et utilisateurs de connaissances permettent de faire en sorte que les deux parties comprennent les problèmes soulevés au cours du processus d'échange des connaissances, ainsi que leurs solutions. La corrélation et l'échange sont essentiels pour parvenir à changer durablement les politiques et les pratiques, en adoptant par exemple des approches différentes ou en encourageant la formation continue des prestataires de services et de soutiens.

Ce modèle établit des liens entre des intervenants ayant des connaissances et des rôles

différents dans la production, la gestion et l'utilisation des connaissances :

- la *production des connaissances* s'effectue dans de multiples contextes (p. ex. la recherche, le milieu clinique ou la communauté) et nous permet d'accroître nos connaissances factuelles;
- la *gestion des connaissances* consiste à intégrer les nouveaux faits probants aux données existantes pour produire des connaissances prêtes à être utilisées;
- le *transfert des connaissances* comprend un ensemble de techniques de transformation des connaissances pour les faire passer d'un contexte à un autre;
- la *mise en œuvre* passe par l'application des connaissances et génère un processus actif de gestion du changement qui évalue et favorise la propension à l'évolution, établit des priorités, aide les utilisateurs de services et de soutiens et vise des changements pratiques et réalisables;
- l'*évaluation* permet de mesurer le processus et les résultats de l'application des connaissances.

FIGURE 2 : ÉTAPES CLÉS D'UNE STRATÉGIE GLOBALE D'ÉCHANGE DES CONNAISSANCES



RECOMMANDATIONS

5. Créer et coordonner un réseau national d'échange des connaissances pour assurer le lien et l'échange entre producteurs et utilisateurs et pour favoriser la mise en œuvre de chaque étape de la stratégie proposée d'échange des connaissances (**Comité directeur de la Stratégie nationale sur le traitement**). L'action du réseau devrait permettre de :
 - a. Consolider et intensifier les partenariats existants au niveau des autorités administratives, tels que l'initiative nationale sur le perfectionnement de la main-d'œuvre
 - b. Déterminer les besoins en termes de connaissances et y répondre, rassembler et synthétiser les connaissances existantes, définir les facteurs qui facilitent et ceux qui entravent leur utilisation efficace, les rendre accessibles au moyen du continuum de services et de soutiens aux décideurs, aux prestataires de services et au public, et définir le meilleur moyen d'appuyer la mise en œuvre des connaissances
 - c. Donner la priorité aux services et aux soutiens des niveaux inférieurs afin de combler les lacunes dans les connaissances et les pratiques relatives aux problèmes de consommation pour ensuite pouvoir coordonner des solutions
 - d. Répondre aux besoins de plusieurs communautés et reconnaître les pratiques de guérison adaptées à la culture
6. Élaborer et mettre en œuvre des stratégies d'échange des connaissances cohérentes pour :
 - a. Améliorer l'efficacité des services et des soutiens
 - b. Veiller à ce que les décisions portant sur les méthodes de conception et de financement de divers systèmes de soins de santé touchant la toxicomanie soient fondées sur des faits probants
 - c. Sensibiliser le public et améliorer ses capacités à faire des choix sains en matière de consommation, de façon à accroître l'autonomie de chacun et à réduire les préjugés et la discrimination
 - d. Garantir un cheminement de l'information à double sens entre les chercheurs et les utilisateurs de connaissances, notamment les prestataires de services et les décideurs politiques (**ensemble des autorités administratives**)
7. Assurer le financement d'activités liées à la stratégie proposée d'échange des connaissances (**ensemble des autorités administratives et organismes de financement de la recherche**), notamment lancer un appel de propositions annuel concernant l'élaboration de mécanismes interjuridictionnels et intrajuridictionnels afin de :
 - Recueillir et synthétiser les connaissances
 - Veiller à leur application dans le continuum de services et de soutiensDes priorités propres à chaque appel de propositions devraient être fixées par le Comité directeur de la Stratégie nationale sur le traitement en consultation avec le réseau national d'échange des connaissances.
8. Financer l'élaboration d'une ou de plusieurs trousse de pratiques exemplaires pour renforcer les capacités et soutenir la création d'activités proactives et ciblées d'échange des connaissances aux niveaux juridique, systémique et organisationnel. La ou les trousse devraient être actualisées régulièrement étant donné la nature évolutive des nouvelles interventions et technologies (**Santé Canada**).

RÉDUIRE LES PRÉJUGÉS ET LA DISCRIMINATION

Contrairement à la plupart des problèmes de santé, la toxicomanie est souvent attribuée à l'échec d'un individu sur les plans moral et personnel, ce qui entraîne la stigmatisation et la discrimination de ceux qui en sont victimes. Les préjugés (attitude négative) et la discrimination (comportement négatif associé) sont d'importants obstacles au bien-être des personnes

ayant des problèmes de dépendance, notamment pour les femmes et les personnes souffrant de problèmes chroniques, et leurs répercussions persistent souvent bien au-delà de la résolution du problème principal.

Les personnes souffrant de troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale subissent un double préjugé qui peut constituer un sérieux obstacle à leur accès aux services et aux soutiens. Il arrive en effet que les critères d'admission dans les services de santé mentale et les services de soutien connexes

Étude de cas (suite)

Maria découvre qu'elle est peut-être enceinte. Elle a pris de l'ecstasy à une ou deux reprises ces dernières semaines et elle a très peur que cela ait pu nuire au bébé. Elle n'ose se confier à personne, de peur qu'on lui prenne son enfant à la naissance. Elle décide de ne pas en parler à son médecin, mais elle se rend compte que cela la rend plus nerveuse et accentue son besoin de consommer de l'ecstasy. Elle se sent également très seule et elle craint que sa grossesse ne vienne perturber davantage les relations qu'elle entretient avec ses parents.

Heureusement, le programme d'intervention communautaire pour femmes enceintes du secteur a mené des campagnes d'information et de sensibilisation pour faire connaître son approche sécuritaire et dénuée de préjugés pour soutenir les femmes désireuses de mener leur grossesse à terme dans les meilleures conditions. Le programme mène également des activités de développement communautaire pour veiller à ce que les prestataires de services soient équipés de façon à répondre efficacement aux besoins des femmes ayant des problèmes de dépendance au cours de leur grossesse.

Le médecin de Maria lui a demandé ouvertement si elle avait des problèmes de dépendance. Cette attitude franche a encouragé Maria à lui parler de ses problèmes. Après s'être entretenue avec son médecin, Maria a pris la décision de rencontrer un conseiller dans un programme de consultations externes pour les femmes ayant des problèmes de dépendance ou de santé mentale (niveau 4). Maria est cependant intimidée par le programme. Lors d'un entretien de suivi, le conseiller la dirige vers le programme le moins exigeant d'intervention communautaire pour femmes enceintes (niveau 1). Maria s'y rend et obtient une brochure présentant les effets de l'usage de différentes drogues pendant la grossesse et l'allaitement. Elle peut compter sur le soutien de personnes connaissant la même situation et profiter de la pause du midi pour discuter avec d'autres femmes de la manière dont elles diminuent leur consommation, relèvent les défis relationnels et réduisent leur stress tout en prenant soin d'elles.

excluent les personnes ayant des problèmes de dépendance et inversement. En outre, certains prestataires de services de santé mentale refusent tout simplement de traiter ce type de patient.

Les préjugés ont pour origine le manque de sensibilisation et de compréhension. La plupart des Canadiens attribuent avant tout les méfaits de la toxicomanie à la dépendance aux drogues illicites, alors que les coûts sanitaires et sociaux engendrés par la consommation d'alcool représentent plus du double de ceux liés à la consommation de drogues illégales. Dans les faits, la toxicomanie n'affecte pas uniquement un petit nombre de consommateurs de drogues marginalisés, elle touche directement ou indirectement la majorité des Canadiens, quel que soit leur milieu.

Les effets néfastes des préjugés et de la discrimination se manifestent à plusieurs niveaux :

- Au niveau de systémique, les préjugés et la discrimination apparaissent dans les pratiques qui déterminent le financement des services et des soutiens, dans les critères d'admission ou encore dans le type de services et de soutiens offerts (p. ex. les personnes ayant des problèmes de dépendance sont discriminées dans les domaines de la santé, du logement et de l'emploi). La plus importante manifestation de discrimination systémique est sans doute l'écart entre l'ampleur et le coût des toxicomanies pour la société et la faiblesse de l'investissement dans les services et les soutiens en comparaison avec les autres investissements liés à la santé (p. ex. cancer, diabète).
- Au niveau de communautaire, les préjugés et la discrimination peuvent se manifester dans la façon dont les écoles, les employeurs, les agents de protection de l'enfance et les prestataires de soins de santé traitent les personnes ayant des problèmes de dépendance et leur famille.
- Au niveau d'individuel, non seulement les préjugés et la discrimination entravent souvent l'accès aux

services et aux soutiens, mais ils entraînent aussi de profonds changements identitaires chez la personne stigmatisée et modifient la façon dont elle est perçue par les autres.

Certains groupes de personnes ayant fait l'objet de discriminations (p. ex. en raison d'un handicap physique ou de leur orientation sexuelle) sont parvenus à obtenir une plus grande sensibilisation, compréhension et acceptation, à changer les attitudes et finalement à réduire les pratiques discriminatoires en adoptant une approche globale à long terme. Des recherches ont montré que des approches globales et concertées visant à réduire les préjugés et la discrimination peuvent accroître les connaissances et changer les attitudes et les comportements. Les approches conseillées :

- reposent sur des pratiques exemplaires et un examen des programmes actuels de sensibilisation et de lutte contre les préjugés et la discrimination;
- sont établies selon des critères (tels que l'âge, le sexe, la culture, l'appartenance ethnique, la religion, l'orientation sexuelle et le statut familial) ainsi que des besoins spécifiques des communautés et des contextes particuliers (comme les écoles, les lieux de travail, les soins de santé primaires, les soins d'urgence ou les services sociaux);
- comprennent des messages destinés à un public particulier et doivent donner la parole aux personnes qui sont ou ont été touchées par la toxicomanie;
- sont soutenues par des activités d'échange des connaissances ciblées et proactives;
- comportent des mesures de soutien (notamment en ce qui concerne l'emploi, le logement et l'assistance sociale);
- sont fondées sur les principes des droits de la personne, l'autonomisation, la participation et la dignité.

RECOMMANDATIONS

9. Élaborer, mettre en œuvre et évaluer une stratégie globale factuelle impliquant le système spécialisé de traitement des dépendances, le système généralisé de soins de santé et de services sociaux, des personnes avec des problèmes de consommation et d'autres affectées par cette consommation afin d'accroître la sensibilisation et la compréhension et donc de réduire les préjugés et la discrimination liés à la toxicomanie (**Comité directeur de la Stratégie nationale sur le traitement**).
10. Identifier divers partenaires potentiels et élaborer des plans de travail en collaboration avec des personnes et des organisations d'ores et déjà engagées dans la lutte contre les préjugés et la discrimination (p. ex. la Commission de la santé mentale du Canada ou encore le Comité consultatif sur la santé mentale des Premières nations et des Inuits) (**Comité directeur de la Stratégie nationale sur le traitement**).

ÉLABORER UN PROGRAMME DE RECHERCHE

La recherche devrait avant tout soutenir et accroître directement les efforts pour renforcer les capacités et améliorer les solutions apportées aux problèmes de dépendance dans le continuum de services et de soutiens. Alors que le Canada a un potentiel de recherche de grande qualité dans ce domaine¹² (soutenu par des organismes de financement¹³), il n'existe pas, au niveau national, de programme de recherche coordonnée axé sur la toxicomanie ou sur les besoins en termes de services et de soutiens. En outre, il n'y a que peu d'échange de connaissances entre les chercheurs et les partenaires communautaires, notamment les personnes qui accèdent aux services et aux soutiens pour lutter contre la toxicomanie, pour élaborer et mettre en place des projets de recherche en partenariat.

Dans l'élaboration des axes de recherche visant à améliorer la qualité, l'accessibilité ainsi que la diversité des services et des soutiens au sein du modèle à niveaux, deux points devront être examinés :

- le renforcement des capacités de manière à poursuivre un programme de recherche ciblé;
- l'élaboration des domaines prioritaires à ce programme.

Le renforcement des capacités de recherche nécessitera un partenariat de haut niveau entre les multiples sources de financement et les responsables de la recherche, notamment les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), le milieu de la recherche scientifique, plusieurs niveaux du gouvernement ainsi que l'ensemble des provinces et territoires.

Le renforcement des capacités comprend :

- le perfectionnement professionnel pour les scientifiques quel que soit le stade de leur carrière (p. ex. principaux responsables de la recherche sur

12. On peut citer à titre d'exemple le Forum de recherche sur l'alcool et les drogues illicites au Canada (2003) et le programme national de recherche énoncé dans le Cadre national d'action pour réduire les méfaits liés à l'alcool et aux autres drogues et substances au Canada (2005). Le document de travail *Priorités de recherche sur l'alcool et les drogues illicites pour le Canada* est un rapport crucial préparé pour le Forum de 2003.

13. Notamment l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies (INSMIT) des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé et des organismes provinciaux comme la Alberta Foundation for Medical Research et la Fondation ontarienne de la santé mentale.

la toxicomanie, subventions pour les initiatives stratégiques pour la formation en recherche dans le domaine de la santé, bourses de chercheurs-boursiers, bourses doctorales et postdoctorales ainsi que stages de fin d'études);

- la création de l'infrastructure nécessaire pour encourager et soutenir des programmes à long terme de recherche appliquée (p. ex. arrangements institutionnels pour établir des partenariats et financement de projets de recherche universitaire).

Les domaines prioritaires pour la production de connaissances fondées sur la recherche vont de l'efficacité clinique au rendement du système et comprennent :

- l'évaluation de l'efficacité des systèmes, des services et des soutiens;
- l'évaluation et le développement d'interventions comportementales et pharmacologiques;
- l'analyse et le développement d'outils de dépistage et d'évaluation, comprenant une estimation rapide de la gravité du problème;
- le recensement des besoins de la population en matière de soins de santé ainsi que l'évaluation et la mise en place d'interventions sanitaires pour les plus démunis;
- l'évaluation et l'optimisation des capacités des processus d'échange de connaissances susceptibles d'avoir une incidence sur la politique et la pratique.

Chacun des domaines de recherche présentés précédemment peut se révéler très utile pour guider l'élaboration de politiques, les changements organisationnels et les actions communautaires. L'intérêt de la recherche dans chacun de ces domaines dépendra cependant de :

- la communication et de la coordination entre le programme de recherche et le projet de réseau d'échange des connaissances pour appuyer la mise en place du modèle à niveaux de services et de soutiens;
- la prise en compte de tout type de demande de renseignements, y compris les études d'évaluation, l'analyse des systèmes, l'analyse comparative selon la culture et le sexe, les études sur la mise en œuvre, les recherches cliniques ainsi que des méthodes qualitatives et quantitatives;
- la prise en compte, dans la recherche, d'analyses sur les déterminants de la santé.

RECOMMANDATIONS

11. Élaborer des mécanismes pour accroître les capacités propices à un programme de recherche ciblé sur la consommation de substances (**Comité directeur de la Stratégie nationale sur le traitement**), notamment :
 - a. Le lancement, par les IRSC et le Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH), de demandes de propositions concurrentielles pour mettre en place et aider des équipes de recherche à examiner les domaines prioritaires (ce qui sera fait en parallèle avec l'appel de propositions anticipé sur le « traitement » de la toxicomanie lancé par l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies (INSMT) des IRSC ainsi qu'avec le travail fait par l'Institut de la santé des Autochtones)
 - b. Des ressources et du soutien fournis par les IRSC et le CRSH à la recherche intersectorielle sur les services et les soutiens de lutte contre la toxicomanie, aux partenariats de recherche communautaire ainsi qu'à la formation des jeunes chercheurs
 - c. Le financement au niveau provincial et territorial d'une recherche appliquée ciblée pour renforcer les capacités et s'assurer que la production de connaissances ne se limite pas au milieu universitaire
12. Favoriser les occasions (p. ex. par la tenue de colloques et d'ateliers lors d'évènements) de présenter et d'examiner de nouveaux axes de recherche dans les domaines prioritaires, en mettant l'accent sur l'importance de renforcer l'engagement du milieu scientifique dans la recherche liée à l'amélioration de la qualité, de l'accessibilité et de la gamme des services et des soutiens au sein du modèle à niveaux (**Comité directeur de la Stratégie nationale sur le traitement**).
13. Fournir des ressources pour la recherche directement liée à la mise en place du modèle à niveaux, pour des partenariats intersectoriels et pour l'échange des connaissances (**ensemble des autorités administratives et organismes de financement**).
14. Favoriser l'établissement de partenariats de recherche ainsi que la collaboration entre le système spécialisé de traitement des dépendances et d'autres organismes engagés dans le même domaine, notamment le Service correctionnel du Canada et l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone (**Comité directeur de la Stratégie nationale sur le traitement et organismes de recherche**).

MESURER ET SURVEILLER L'EFFICACITÉ DU SYSTÈME

La collecte de données au Canada devrait idéalement être coordonnée au moyen d'un système national d'information. L'ampleur potentielle des données recueillies nécessite la mise en place d'un système élaboré dans le cadre d'une stratégie plus vaste de contrôle épidémiologique des risques et des méfaits liés à la toxicomanie et qui respecte le programme de recherche national et ses priorités, dans une relation fondée sur le soutien et l'échange mutuel de connaissances. Bien que la qualité et la précision des données nationales paraissent insuffisantes notamment au regard des données provinciales et territoriales existantes, les actions entreprises tant aux niveaux provincial que national pourront être améliorées au fil du temps¹⁴.

Il est nécessaire de recueillir des informations de manière plus efficace et plus logique afin de :

- soutenir l'analyse de rentabilisation des investissements dans les services et les soutiens aux personnes ayant des problèmes de consommation;
- mieux évaluer les capacités du « système » national à répondre à la demande et déterminer quels sont les obstacles rencontrés par certaines populations;
- mesurer et contrôler l'incidence des modifications du système fondées sur les recommandations de ce rapport.

Afin d'avoir une vision d'ensemble des axes de recherche, des coûts et des résultats de l'utilisation des services et des soutiens, il est essentiel que les données aussi bien cumulatives qu'individuelles soient transmises non seulement au sein d'un même système, mais aussi d'un système à l'autre ainsi qu'entre les différents niveaux. Étant donné le grand nombre de secteurs d'activités liés à la toxicomanie et l'importance des structures et des

processus d'information existants, l'approche progressive pour une meilleure collecte des données reste la plus réaliste. L'accent devrait, dans un premier temps, être mis sur le système spécialisé dans le traitement des dépendances (p. ex. les services et les soutiens situés principalement aux niveaux supérieurs), ainsi que sur la récente collecte de données aux niveaux provincial et territorial et sur les efforts fournis par le Groupe de travail national sur les indicateurs de traitement pour accroître la comparabilité des données et pour élaborer un ensemble d'éléments de données à l'échelle nationale. Dans un second temps, l'accent devrait être mis sur les services et les soutiens fournis par le système généralisé de santé et de services sociaux (p. ex. les services et soutiens situés principalement aux niveaux inférieurs).

Le système spécialisé dans le traitement des dépendances : Les disparités existantes à l'échelle provinciale et territoriale entre les systèmes d'information au sein du système spécialisé dans le traitement des dépendances représentent un défi majeur à la création d'un système d'information viable à l'échelle nationale. Comme la prestation de soins de santé relève principalement de la compétence des provinces et des territoires, la collecte de données nationales sur le traitement se révélera utile à plus d'un égard :

- elle facilitera l'évaluation de programmes ou de stratégies spécifiques à l'échelle nationale;
- elle aidera à déterminer les grandes caractéristiques des utilisateurs de services comme indicateur de nouveaux aspects de la toxicomanie et des problèmes qui en découlent;
- elle ajoutera des renseignements pancanadiens aux données internationales existantes sur les services et les soutiens aux personnes ayant des problèmes de consommation;

14. Les limites actuelles de l'analyse des carences du système entrent de plus en plus en contradiction avec le paysage général des soins de santé au Canada et partout ailleurs, où la responsabilité et la surveillance du rendement deviennent rapidement la norme.

- elle permettra également aux provinces et aux territoires de mieux planifier et de revoir la qualité de leurs activités en fonction des comparaisons entre leurs propres indicateurs¹⁵ et ceux établis à l'échelle régionale et nationale.

Les différentes conceptions possibles du système national d'information vont d'une vision relativement simple — chaque province ou territoire fournit un ensemble combiné de tableaux statistiques en respectant des critères communs afin d'assurer la comparabilité — à une approche plus complexe — une **base de données d'utilisateurs** à l'échelle nationale comprenant des **bases de données des épisodes** établies par chaque province et territoire. Au moment de l'examen de l'ensemble des possibilités, le Groupe de travail national sur les indicateurs de traitement a approuvé un processus visant à prendre la première de ces orientations comme point de départ réaliste. Des données supplémentaires relatives aux utilisateurs (p. ex. maintien en traitement) et au programme (p. ex. délai d'attente et coût du

service) pourraient au besoin être ajoutées au système, de même que des données des services et des soutiens du secteur privé¹⁶. Il sera en outre indispensable d'intégrer les résultats obtenus par les utilisateurs dans les prochaines optimisations du système national d'information.

En se fondant à la fois sur un examen des pratiques exemplaires internationales relatives aux systèmes à grande échelle d'information sur les traitements et sur l'analyse des principales caractéristiques des systèmes d'information existants propres à une province ou un territoire, le Groupe de travail national sur les indicateurs de traitement a sélectionné un éventail d'indicateurs nationaux qu'il sera possible d'étoffer au cours des deux ou trois prochaines années. Ces indicateurs sont présentés sous forme de liste dans la zone de texte ci-dessous. Une liste d'autres indicateurs qui pourraient être mis au point à moyen ou à long terme a été établie.

Le système généralisé de soins de santé et de services sociaux : Afin d'évaluer et de contrôler

ÉLÉMENTS DE DONNÉES COMMUNS À L'ENSEMBLE DES PROVINCES ET TERRITOIRES

- nombre d'épisodes de traitement au sein des services publics spécialisés dans le traitement des dépendances, répertoriés selon les catégories suivantes : gestion du sevrage, services à l'interne, services à l'externe et total
- nombre d'utilisateurs de services publics spécialisés dans le traitement des dépendances, classés par catégories : gestion du sevrage, services à l'interne, services à l'externe et total
- nombre d'épisodes et de bénéficiaires des services publics spécialisés classés par sexe, âge et état matrimonial (si possible réparti selon les catégories gestion du sevrage, services à l'interne et services à l'externe)
- nombre total d'utilisateurs de traitement à la méthadone dans les services de traitement ainsi que dans les cliniques spécialisées
- nombre total de bénéficiaires des programmes d'éducation relatifs à la conduite avec facultés affaiblies

15. Pour que les indicateurs puissent être comparés, ils doivent inclure l'âge des utilisateurs, la proportion d'hommes et de femmes, la proportion entre les utilisateurs ayant des problèmes avec l'alcool et avec d'autres drogues, la proportion entre les nouveaux utilisateurs et ceux qui reviennent vers les services, la proportion entre les utilisateurs traités à l'interne et ceux traités à l'externe et enfin la proportion d'utilisateurs ayant des enfants à charge.

16. Les services et les soutiens du secteur privé destinés aux personnes ayant des problèmes de dépendance ne représentent qu'une petite partie du système généralisé dans la plupart des provinces et territoires du Canada (le Québec faisant ici figure d'exception).

l'efficacité du système sur le continuum des services et des soutiens, une deuxième phase d'action devrait intégrer des secteurs autres que ceux du système spécialisé dans le traitement des dépendances (p. ex. les soins primaires, les services d'urgence, l'aide sociale ou encore les services correctionnels). Bien qu'il existe déjà d'importants systèmes d'information (p. ex. l'Institut canadien d'information sur la santé), peu d'efforts ont été faits pour coordonner les données entre secteurs afin de mieux comprendre les solutions apportées par un système généralisé aux problèmes liés à la toxicomanie. On peut cependant tirer parti d'un certain nombre d'activités qui existent aux niveaux national, provincial et territorial, et d'autres initiatives sont actuellement à l'étude.

Les efforts menés au sein des systèmes spécialisés et du système généralisé permettront à des projets spécifiques de partager les compétences techniques, les connaissances et les outils adéquats liés à l'évaluation et à la surveillance du rendement tant à l'échelle provinciale qu'interprovinciale. Il faudrait définir les domaines nécessitant une collaboration destinée à accroître la capacité des provinces et des territoires à élaborer et à améliorer les modèles et

les indicateurs de surveillance du rendement. Ce type de collaboration devrait être axé sur :

- une analyse contextuelle pour identifier les sources de données et les activités de collecte existantes;
- l'analyse des facteurs liés à une évaluation et une surveillance efficaces du rendement du système, reposant sur des indicateurs déterminés, qu'ils soient potentiels ou existants;
- l'élaboration d'une méthode de collecte de données sur les indicateurs culturels, philosophiques et traditionnels qui soit culturellement adaptée aux peuples des Premières nations, aux Inuits et aux Métis, tout en respectant les principes de **propriété, de contrôle, d'accès et de possession** (PCAP).

Les provinces et les territoires auront besoin d'aide pour concevoir ensemble des outils communs et renforcer les capacités dans des domaines d'intérêt commun. Les trousseaux destinés à appuyer ces efforts devraient servir à surveiller les *résultats* obtenus par les utilisateurs afin de prouver l'efficacité du programme, se fondant ainsi sur le travail réalisé dans quelques provinces et territoires canadiens, ce qui permettrait d'estimer le coût des différents types de services et de soutiens.

RECOMMANDATIONS

15. Identifier un chef de file national, établir à partir du modèle à niveaux un processus de communication (sous forme de rapports) et de partage des données concernant la capacité et l'utilisation des services et des soutiens et orienter l'élaboration continue d'indicateurs nationaux de traitement en commençant par ceux présentés dans cette Stratégie (**Comité directeur de la Stratégie nationale sur le traitement, Santé Canada**).
16. Coordonner des projets pour améliorer l'évaluation et la surveillance du rendement des services et des soutiens à chacun des cinq niveaux (**Comité directeur de la Stratégie nationale sur le traitement**).
17. Développer à chaque niveau les capacités de collecte et de communication (sous forme de rapports) de l'information en provenance de tous les secteurs, notamment la capacité de faire rapport sur les indicateurs nationaux de traitement (**ensemble des autorités administratives**).

Étude de cas systémique

Les autorités sanitaires régionales responsables d'un centre urbain cherchent à investir de nouveaux fonds afin d'améliorer le traitement contre la dépendance. Les données communes des gestionnaires de programmes locaux indiquent que même si le financement des services d'échange de seringues et d'entretien à la méthadone est resté inchangé depuis plusieurs années, le nombre d'utilisateurs de ces services a, quant à lui, augmenté de manière notable. Les données montrent également que le nombre de personnes âgées intégrant les services de gestion du sevrage est à la hausse. Ces renseignements permettent aux autorités sanitaires de justifier une hausse des fonds alloués aux services d'échange de seringues et d'entretien à la méthadone, ainsi qu'à l'élaboration d'un programme de gestion du sevrage destiné aux aînés.

Faire progresser la stratégie

LEADERSHIP ET COORDINATION

S'il est essentiel que chaque province et territoire fasse de la toxicomanie une question prioritaire, la mise en œuvre des recommandations de ce rapport nécessitera la collaboration entre un nombre important de provinces et de territoires, de secteurs et d'organismes dans l'ensemble du Canada. La viabilité de cette collaboration dépendra à son tour du dynamisme du leadership.

Un leadership fort servira d'amorce aux changements d'orientation relatifs à la progression de la stratégie en facilitant les communications entre les fournisseurs de services et de soutiens, les chercheurs, les responsables politiques et les administrateurs de programmes. Il serait, par exemple, nécessaire de classer les différents problèmes par ordre de priorité, de coordonner la communication des sources de soutien ainsi que le développement de projets spécifiques et d'organiser et de soutenir des activités qui permettent de maintenir la toxicomanie parmi les enjeux politiques. Le leadership sera assumé par trois organismes compétents : le Comité de liaison fédéral, provincial et territorial (FPT) sur la consommation problématique de substances, le Conseil exécutif canadien sur les toxicomanies et le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. Ce leadership sera également associé à celui du Cadre national d'action ainsi qu'à sa coordination.

Le Comité de liaison FPT sur la consommation problématique de substances a pour vocation de partager l'information, d'améliorer les capacités d'examen des questions liées à la consommation problématique de substances et de donner des conseils en matière de coordination d'action à l'échelle nationale (au sein d'organisations et de

différents niveaux du gouvernement). Le Comité conseille le gouvernement fédéral sur les questions d'envergure nationale relatives à la consommation problématique de substances et agit en tant que comité de liaison au sein du Réseau pancanadien de santé publique (RPSP). Il apporte également son soutien au gouvernement fédéral et au RPSP sur les problèmes de politique, de réglementation et de programme relatifs à l'incidence de la toxicomanie sur la santé des Canadiens.

Le Conseil exécutif canadien sur les toxicomanies (CECT) est un organisme national non gouvernemental composé de cadres supérieurs des organismes canadiens de lutte contre la toxicomanie. Le CECT offre un forum de discussion et permet d'unir les efforts visant à réduire les méfaits de la toxicomanie. Il consolide également les connaissances des organismes canadiens de lutte contre la dépendance dans le but d'améliorer les services dans l'ensemble du pays et donne des conseils proactifs en matière de toxicomanie à tous les niveaux de gouvernement au Canada¹⁷.

Le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT) a pour mandat législatif d'assurer un leadership à l'échelle nationale et de fournir des analyses et des conseils factuels afin de mobiliser les efforts de collaboration visant à réduire les risques et les méfaits liés à la consommation. Ce mandat offre au CCLAT une occasion unique d'assumer le rôle de chef de file dans l'avancement des recommandations de ce rapport et dans la surveillance de leur mise en œuvre.

Ce rôle devrait être double et permettre de :

- coordonner et surveiller les différentes mesures recommandées dans cette stratégie;

- encourager les provinces et les territoires à prendre le problème en main en adoptant les recommandations et en les mettant en application.

La force du leadership dépendra de la participation et des connaissances des personnes ayant subi directement ou indirectement les méfaits de la toxicomanie. Des mécanismes doivent donc être mis en place pour garantir la présence d'un groupe représentatif à titre consultatif, composé surtout de personnes ayant vécu une expérience pertinente.

17. Le CECT compte au nombre de ses membres les Services de santé mentale et de toxicomanie de la Colombie-Britannique, le Centre de recherche en toxicomanie de la Colombie-Britannique, la Commission albertaine contre l'alcool et les toxicomanies, les Services de toxicomanie et de santé mentale de la Saskatchewan, la Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances, le Centre de toxicomanie et de santé mentale, les Services de toxicomanie de Terre-Neuve-et-Labrador, les Services de traitement et de prévention des toxicomanies de la Nouvelle-Écosse et le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

RECOMMANDATIONS

18. Concernant la mise en œuvre de la Stratégie nationale sur le traitement :
 - a. Affecter et harmoniser les ressources destinées à mettre en œuvre la stratégie de manière à optimiser les efforts tant individuels que collectifs (**ensemble des autorités administratives, CCLAT, Comité de liaison FPT sur la consommation problématique de substances et CECT**).
 - b. Coordonner la mise en œuvre de la stratégie :
 - i. en mettant sur pied un Comité directeur multisectoriel de la Stratégie nationale sur le traitement qui comprenne la participation de Santé Canada, du Comité de liaison FPT sur la consommation problématique de substances, du Service correctionnel du Canada, d'organisations autochtones nationales, d'utilisateurs et de leurs proches, du Conseil exécutif canadien sur les toxicomanies et du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (**CCLAT, CECT, Santé Canada, Comité de liaison FPT sur la consommation problématique de substances**)
 - ii. en déterminant des points de référence et en contrôlant la responsabilité liée aux niveaux de service et aux compétences juridictionnelles visant à mettre en œuvre la stratégie (**Comité directeur de la Stratégie nationale sur le traitement**)
 - iii. en coordonnant la communication et les partenariats entre les services et les autorités administratives afin de faciliter la mise en œuvre de la stratégie (**Comité directeur de la Stratégie nationale sur le traitement**)
 - iv. en recourant tout au long du processus de mise en œuvre à des analyses différenciées selon les sexes et la diversité (**Comité directeur de la Stratégie nationale sur le traitement**)
 - c. Mettre au point, en collaboration avec les provinces et les territoires, des mécanismes pour mobiliser les intervenants et déterminer des moyens de soutenir la mise en œuvre des recommandations de la Stratégie nationale sur le traitement (**Comité directeur de la Stratégie nationale sur le traitement**).

MISE EN ŒUVRE ET ÉVALUATION

Les fonds devront être suffisants pour traduire les recommandations de cette stratégie en pratique. Comme nous l'avons déjà souligné, l'estimation du coût des services et des soutiens au sein du modèle à niveaux doit se fonder sur les modèles de planification des besoins qui comprennent les données relatives à la prévalence des problèmes de toxicomanie, l'estimation de la demande en

services et soutiens ainsi que d'autres facteurs. Un plan devrait en outre être élaboré pour évaluer la mise en application et la continuité des progrès de plusieurs initiatives lancées par cette stratégie. Ce plan nécessitera l'établissement d'indicateurs de réussite dans plusieurs domaines (tels que l'évolution vers un modèle à niveaux de services et de soutiens, l'échange de connaissances et l'acquisition de pratiques et de politiques factuelles, l'élaboration d'un programme national de recherche).

RECOMMANDATIONS

19. Élaborer une méthodologie pour coordonner les investissements nécessaires à la mise en œuvre de la stratégie et inciter les intervenants à affecter des ressources à ces investissements (**Comité directeur de la Stratégie nationale sur le traitement**).
20. Établir un plan pour évaluer la mise en œuvre de cette stratégie (**Comité directeur de la Stratégie nationale sur le traitement**).

4. CONCLUSION

Les problèmes liés à la toxicomanie touchent de nombreux Canadiens, quelle que soit leur condition. Cependant, les services et les soutiens consacrés à ce genre de problèmes ne reçoivent pas de fonds suffisants et pourraient être mieux répartis. Cette Stratégie nationale sur le traitement a été conçue pour améliorer la qualité, l'accessibilité et la diversité des services et des soutiens aux personnes ayant des problèmes liés à la toxicomanie. Fondée sur la recherche, les consultations et les rétroactions de spécialistes sur le terrain, la stratégie comprend 20 recommandations couvrant trois centres d'intérêt : le renforcement des capacités, l'appui de l'ensemble des services et des soutiens ainsi que l'avancement des recommandations de la stratégie. La stratégie recommande également que le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, en collaboration avec le CECT et le Comité de liaison FPT sur la consommation problématique de substances, prenne en main la coordination de la mise en œuvre et l'encadrement des recommandations. Ils seront soutenus par un Comité directeur de la Stratégie nationale sur le traitement représentatif des compétences du groupe de travail qui a élaboré la stratégie.

En résumé, la Stratégie nationale sur le traitement recommande de :

- concevoir et mettre en œuvre un ensemble de services et de soutiens fondés sur un modèle à niveaux;
- entreprendre une planification fondée sur les besoins et affecter des ressources au développement de ce modèle dans les provinces et territoires canadiens;
- élaborer une stratégie globale afin de lutter contre les préjugés et la discrimination qui empêchent de nombreuses personnes d'avoir accès aux services et aux soutiens relatifs aux problèmes de dépendance;
- renforcer l'échange des connaissances et les capacités de recherches au Canada pour que des pratiques factuelles soient définies et adoptées;
- améliorer les données nationales sur les services et les soutiens relatifs à la toxicomanie et affecter d'autres ressources aux activités de planification et d'évaluation.

Les recommandations présentées dans cette stratégie sont le fruit de la collaboration entre des membres de différents secteurs, tels que les provinces et les territoires, les ministères fédéraux concernés, des organismes autochtones, des établissements d'enseignement, des organismes de lutte contre la toxicomanie et des prestataires de services, des utilisateurs des services et des soutiens ainsi que des membres de leur famille et de la communauté. Ces partenariats devront s'inscrire dans la durée et être intensifiés pour que les recommandations puissent être mises en application. En nous efforçant d'atteindre ensemble notre objectif commun d'amélioration de la qualité, de l'accessibilité et de la diversité des services et des soutiens offerts aux personnes touchées par la dépendance, nous pouvons réduire les risques et les méfaits liés à la toxicomanie au Canada.

5. GLOSSAIRE DES TERMES CLÉS

Analyse différenciée selon les sexes et la diversité : méthode d'analyse appliquée à la recherche, aux choix politiques et à la prestation de services qui permet d'évaluer dans quelle mesure des déterminants de la santé (tels que le sexe, l'appartenance ethnique, le statut socioéconomique, le handicap, l'orientation sexuelle, le statut migratoire, l'âge et l'origine géographique) ont une incidence sur le facteur de risque, de maladie et sur les résultats.

Autochtone : terme générique qui comprend Premières nations, Inuits et Métis.

Base de données des épisodes : base contenant des données regroupant des épisodes de traitement particulier au sein d'un service donné.

Base de données d'utilisateurs : base commune à différents services contenant des données sur un identificateur propre aux utilisateurs.

Échange des connaissances : partage de l'information et des idées entre ceux qui produisent les connaissances (p. ex. le milieu de la recherche) et ceux qui influencent la mise en place de services et déterminent les lignes de conduite. Les activités d'échange des connaissances ont notamment pour objectifs de permettre que la prise de décisions soit davantage axée sur la connaissance de faits probants et que la recherche s'effectue en fonction de besoins des décideurs.

Inuits : ce terme, qui signifie « le peuple » en inuktitut, fait référence aux populations autochtones de l'Arctique canadien, du Groenland et de l'Alaska.

Métis : terme employé pour désigner les personnes ayant à la fois des ancêtres des Premières nations et des ancêtres européens et s'identifiant comme tel.

Population (tenir compte de la) : prise en compte du sexe et de toute autre forme de signe distinctif dans tous les aspects de la prestation de services.

Populations ciblées : désigne des sous-groupes ayant des besoins spécifiques (p. ex. un service à l'attention de jeunes hommes toxicomanes ayant subi un traumatisme).

Premières nations : populations autochtones du Canada, à l'exception des Inuits et des Métis. Jugé plus respectueux, ce terme a remplacé le terme « Indien ».

Proches : tout membre de la famille, ami ou autre, prêt à prendre soin et à soutenir les personnes souffrant de dépendance.

Propriété, contrôle, accès et possession (PCAP) : les principes PCAP résument la gestion par les Premières nations de la recherche, des données et de l'information liées à leurs communautés.
Propriété : les Premières nations sont collectivement propriétaires des renseignements les concernant.
Contrôle : les Premières nations exercent le droit inhérent de contrôler la gestion de leur information.
Accès : droit de gérer et de prendre des décisions concernant l'accès à leur information collective.
Possession : capacité de gérer, de faire valoir et de protéger la propriété de l'information.
Pour plus de renseignements, voir <http://www.rhs-ers.ca/francais/ocap.asp>.

Réduction des méfaits : approche qui vise non seulement à réduire les risques et les méfaits liés à la toxicomanie et aux comportements qui y sont associés (p. ex. échange de seringues ou d'équipement du même type, rapports sexuels non protégés), mais aussi à encourager l'utilisation des services et des soutiens sans obligation de la part de l'utilisateur de s'engager immédiatement à devenir abstinent. L'abstinence reste cependant un objectif à long terme pour de nombreuses personnes.

Services d'accompagnement : traitement contre la dépendance et services propres aux besoins autres que sanitaires et sociaux, tels que l'accès au logement, à la nourriture, à l'emploi et à l'éducation.

Soins primaires : services de santé de première ligne qui, au Canada, comprennent les médecins de famille (les omnipraticiens), les infirmières et les infirmières praticiennes.

Système spécialisé dans le traitement des dépendances : partie du système de santé comprenant des services tant publics que privés spécialisés dans le traitement et les soins des personnes ayant de graves problèmes persistants de dépendance.

6. RÉFÉRENCES ET BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION

- Cadre national d'action pour réduire les méfaits liés à l'alcool et aux autres drogues et substances au Canada.* Ottawa, auteur, 2005. Disponible sur le site www.nationalframework-cadrenational.ca. Page consultée le 8 mars 2008.
- Institute of Medicine Committee for the Study of Treatment and Rehabilitation Services for Alcoholism and Alcohol Abuse. *Broadening the Base of Treatment for Alcohol Problems.* Washington (DC), National Academy Press, 1990.
- McLellan, A.T., D.C. Lewis, C.P. O'Brien et H.D. Kleber. Drug dependence, a chronic medical illness: Implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *Journal of the American Medical Association*, vol. 284, 2000, p. 1689–1695.
- Ogborne, A.C., R.G. Smart et B.R. Rush. The treatment of drug-related problems in Canada: Controlling, caring, and curing. Sous la direction de H. Klingemann et de G. Hunt, *Drug Treatment Systems in an International Perspective: Drugs, Demons, and Delinquents* (p. 20–32). Thousand Oaks (CA), Sage Publications, 1998.
- Poole, N. et B. Isaac. *Apprehensions: Barriers to Treatment for Substance-Using Mothers.* Vancouver, Centre d'excellence de la Colombie-Britannique pour la santé des femmes, 2001.
- Raistrick, D., N. Heather et C. Godfrey. *Review of the Effectiveness of Treatment for Alcohol Problems.* Londres (R.-U.), National Treatment Agency for Substance Misuse, 2006. Disponible sur le site www.nta.nhs.uk/publications/publications.aspx?CategoryID=6. Page consultée le 8 mars 2008.
- 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.
- Rush, B.R. et A.C. Ogborne. Alcoholism treatment in Canada: History, current status, and emerging issues. Sous la direction de H. Klingemann, J. Takala et G. Hunt, *Cure, Care, or Control: Alcoholism Treatment in Sixteen Countries* (p. 253–267). Albany (NY), State University of New York Press, 1992.
- Santé Canada. *Exploration des concepts liés à la santé et au sexe social* (p. 1–62). Ottawa, Bureau pour la santé de femmes de Santé Canada, 2003.
- Wolski, E. *The Aboriginal Driven Gender Based Analysis Framework*, Vancouver (C.-B.), Aboriginal Women's Health and Healing Research Group, 2007.

ÉCHANGE DES CONNAISSANCES

- Miller, W.R. Bring addiction out of the closet. *Addiction*, vol. 102, 2007, p. 863–869.
- Thomas, G. et C. Davis. *Comparer la gravité perçue et les coûts réels de l'abus de substances au Canada*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2007. Disponible sur le site www.ccsa.ca/2007%20CCSA%20Documents/ccsa-011351-2007.pdf. Page consultée le 24 septembre 2008.

RÉDUIRE LES PRÉJUGÉS ET LA DISCRIMINATION

- Comité 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.
- Lavack, A.M. *Réflexions découlant de l'atelier-conférence nationale – Sensibiliser le public aux dépendances : le passage à l'acte*, 2006. Rapport sur l'atelier-conférence nationale sur la déstigmatisation des dépendances, Winnipeg, mars 2006.
- Room, R. Stigma, social inequality and alcohol and drug use. *Drug and Alcohol Review*, vol. 24, 2005, p. 143–155.
- Santé Canada. *Meilleures pratiques – Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie*, Ottawa, auteur, 2002. Disponible sur le site www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/pubs/adp-apd/bp_disorder-mp_concomitants/index-fra.php Page consultée le 8 mars 2008.

ÉLABORER UN PROGRAMME DE RECHERCHE

- Instituts de recherche en santé du Canada. *Analyse des différences de genre et des différences de sexe dans les recherches en santé : Guide pour les comités d'examen par les pairs des IRSC*. Ottawa, auteur, 2007. Disponible sur le site www.cihr-irsc.gc.ca/f/32019.html. Page consultée le 8 mars 2008.
- Johnson, J., L. Greaves et R. Repta. *Better Science with Sex and Gender: A Primer for Health Research*. Vancouver, Women's Health Research Network, 2007.
- Kimberley, J.R. et A.T. McLellan. The business of addiction treatment: A research agenda, *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 31, 2006, p. 213–219.
- Room, R. et J. Rehm. *Forum sur la recherche sur l'alcool et les drogues illicites au Canada*, 2003. Document de travail pour le Forum sur la recherche sur l'alcool et les drogues illicites au Canada, Kanata (Ont.), octobre 2003.
- Strachan, Tomlinson et Associés. *Rapport du Forum de recherche sur l'alcool et les drogues illicites au Canada*. Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2003. Disponible sur le site www.ccsa.ca/2003%20and%20earlier%20CCSA%20Documents/extl-010022-2003.pdf. Page consultée le 24 septembre 2008.

MESURER ET SURVEILLER L'EFFICACITÉ DU SYSTÈME

- Ettner, S.L., D. Huang, E. Evans, D.R. Ash, M. Hardy, M. Jourabchi et coll. Benefit-cost in the California Treatment Outcome Project: Does substance abuse treatment “pay for itself”? *Health Services Research*, vol. 41(1), 2005, p. 192–212.
- McLellan, A.T., M. Chalk et J. Bartlett. Outcomes, performance, and quality—What's the difference?, *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 32, 2007, p. 331–340.
- Rush, B.R. et G. Thomas. *Performance monitoring and evaluation of treatment for substance use problems in Canada*, 2007. Rapport non publié.
- Thomas, G. *Indicateurs de traitement des toxicomanies au Canada : survol de l'environnement*. Document de discussion sur les politiques pour le groupe de travail national sur les politiques. Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2005. Disponible sur le site www.ccsa.ca/2005%20CCSA%20Documents/ccsa-011133-2005.pdf. Page consultée le 24 septembre 2008.

ANNEXE A : LISTE DES RECOMMANDATIONS

Renforcement des capacités dans le continuum de services et de soutiens

1. Renforcer les capacités de l'ensemble des services et des soutiens en adoptant et en mettant en application les principes et les éléments du modèle à niveaux, ce qui comprend :
 - a. Évaluer dans quelle mesure les services et les soutiens existants sont en adéquation avec les principes et les éléments du modèle à niveaux
 - b. Investir des ressources suffisantes et créer des infrastructures pour veiller à ce que :
 - i. les services et les soutiens requis à chaque niveau soient offerts dans l'ensemble des autorités administratives
 - ii. les personnes puissent en tout temps accéder à des services et à des soutiens minimums, dans tous les secteurs et à tous les niveaux
 - c. Assurer une collaboration et une coordination dans la planification et la prestation des services et des soutiens à l'échelle intersectorielle, y compris l'établissement de protocoles de services partagés, de voies de service et de soutien convenues, ainsi que de modèles de prestation de services interdisciplinaires fondés sur la collaboration **(ensemble des autorités administratives)**
2. Faire participer les consommateurs, les alliés, les familles, les amis et autres proches à l'élaboration, la prestation et l'évaluation constante des services et des soutiens et s'assurer que des personnes ayant une expérience de la consommation se trouvent dans tous les organismes de politique, de planification et de réglementation **(ensemble des autorités administratives)**.
3. Coordonner la préparation d'une trousse pour aider les autorités administratives à évaluer le niveau de services et de soutiens requis dans l'ensemble des services de soins **(Comité directeur de la Stratégie nationale sur le traitement)**.
4. Examiner les mécanismes interjuridictionnels de partage des coûts pour faciliter l'accès aux services dans l'ensemble des autorités administratives **(Santé Canada et Comité de liaison FPT sur la consommation problématique de substances)**.

Soutenir le continuum de services et de soutiens

ÉCHANGE DES CONNAISSANCES

5. Créer et coordonner un réseau national d'échange des connaissances pour assurer le lien et l'échange entre producteurs et utilisateurs et pour favoriser la mise en œuvre de chaque étape de la stratégie proposée d'échange des connaissances (**Comité directeur de la Stratégie nationale sur le traitement**). L'action du réseau devrait permettre de :
 - a. Consolider et intensifier les partenariats existants au niveau des autorités administratives, tels que l'initiative nationale sur le perfectionnement de la main-d'œuvre
 - b. Déterminer les besoins en termes de connaissances et y répondre, rassembler et synthétiser les connaissances existantes, définir les facteurs qui facilitent et ceux qui entravent leur utilisation efficace, les rendre accessibles au moyen du continuum de services et de soutiens aux décideurs, aux prestataires de services et au public, et définir le meilleur moyen d'appuyer la mise en œuvre des connaissances
 - c. Donner la priorité aux services et aux soutiens des niveaux inférieurs afin de combler les lacunes dans les connaissances et les pratiques relatives aux problèmes de consommation pour ensuite pouvoir coordonner des solutions
 - d. Répondre aux besoins de plusieurs communautés et reconnaître les pratiques de guérison adaptées à la culture
6. Élaborer et mettre en œuvre des stratégies d'échange des connaissances cohérentes pour :
 - a. Améliorer l'efficacité des services et des soutiens
 - b. Veiller à ce que les décisions portant sur les méthodes de conception et de financement de divers systèmes de soins de santé touchant la toxicomanie soient fondées sur des faits probants
 - c. Sensibiliser le public et améliorer ses capacités à faire des choix sains en matière de consommation, de façon à accroître l'autonomie de chacun et à réduire les préjugés et la discrimination
 - d. Garantir un cheminement de l'information à double sens entre les chercheurs et les utilisateurs de connaissances, notamment les prestataires de services et les décideurs politiques (**ensemble des autorités administratives**)
7. Assurer le financement d'activités liées à la stratégie proposée d'échange des connaissances (**ensemble des autorités administratives et organismes de financement de la recherche**), notamment lancer un appel de propositions annuel concernant l'élaboration de mécanismes interjuridictionnels et intrajuridictionnels afin de :
 - Recueillir et synthétiser les connaissances
 - Veiller à leur application dans le continuum de services et de soutiensDes priorités propres à chaque appel de propositions devraient être fixées par le Comité directeur de la Stratégie nationale sur le traitement en consultation avec le réseau national d'échange des connaissances.

8. Financer l'élaboration d'une ou de plusieurs trousse de pratiques exemplaires pour renforcer les capacités et soutenir la création d'activités proactives et ciblées d'échange des connaissances aux niveaux juridique, systémique et organisationnel. La ou les trousse devraient être actualisées régulièrement étant donné la nature évolutive des nouvelles interventions et technologies (**Santé Canada**).

RÉDUIRE LES PRÉJUGÉS ET LA DISCRIMINATION

9. Élaborer, mettre en œuvre et évaluer une stratégie globale factuelle impliquant le système spécialisé de traitement des dépendances, le système généralisé de soins de santé et de services sociaux, des personnes avec des problèmes de consommation et d'autres affectées par cette consommation afin d'accroître la sensibilisation et la compréhension et donc de réduire les préjugés et la discrimination liés à la toxicomanie (**Comité directeur de la Stratégie nationale sur le traitement**).
10. Identifier divers partenaires potentiels et élaborer des plans de travail en collaboration avec des personnes et des organisations d'ores et déjà engagées dans la lutte contre les préjugés et la discrimination (p. ex. la Commission de la santé mentale du Canada ou encore le Comité consultatif sur la santé mentale des Premières nations et des Inuits) (**Comité directeur de la Stratégie nationale sur le traitement**).

ÉLABORER UN PROGRAMME DE RECHERCHE

11. Élaborer des mécanismes pour accroître les capacités propices à un programme de recherche ciblé sur la consommation de substances (**Comité directeur de la Stratégie nationale sur le traitement**), notamment :
 - a. Le lancement, par les IRSC et le Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH), de demandes de propositions concurrentielles pour mettre en place et aider des équipes de recherche à examiner les domaines prioritaires (ce qui sera fait en parallèle avec l'appel de propositions anticipé sur le « traitement » de la toxicomanie lancé par l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies (INSMT) des IRSC ainsi qu'avec le travail fait par l'Institut de la santé des Autochtones)
 - b. Des ressources et du soutien fournis par les IRSC et le CRSH à la recherche intersectorielle sur les services et les soutiens de lutte contre la toxicomanie, aux partenariats de recherche communautaire ainsi qu'à la formation des jeunes chercheurs
 - c. Le financement au niveau provincial et territorial d'une recherche appliquée ciblée pour renforcer les capacités et s'assurer que la production de connaissances ne se limite pas au milieu universitaire
12. Favoriser les occasions (p. ex. par la tenue de colloques et d'ateliers lors d'évènements) de présenter et d'examiner de nouveaux axes de recherche dans les domaines prioritaires, en mettant l'accent sur l'importance de renforcer l'engagement du milieu scientifique dans la recherche liée à l'amélioration de la qualité, de l'accessibilité et de la gamme des services et des soutiens au sein du modèle à niveaux (**Comité directeur de la Stratégie nationale sur le traitement**).

13. Fournir des ressources pour la recherche directement liée à la mise en place du modèle à niveaux, pour des partenariats intersectoriels et pour l'échange des connaissances (**ensemble des autorités administratives et organismes de financement**).
14. Favoriser l'établissement de partenariats de recherche ainsi que la collaboration entre le système spécialisé de traitement des dépendances et d'autres organismes engagés dans le même domaine, notamment le Service correctionnel du Canada et l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone (**Comité directeur de la Stratégie nationale sur le traitement et organismes de recherche**).

MESURER ET SURVEILLER L'EFFICACITÉ DU SYSTÈME

15. Identifier un chef de file national, établir à partir du modèle à niveaux un processus de communication (sous forme de rapports) et de partage des données concernant la capacité et l'utilisation des services et des soutiens et orienter l'élaboration continue d'indicateurs nationaux de traitement en commençant par ceux présentés dans cette Stratégie (**Comité directeur de la Stratégie nationale sur le traitement, Santé Canada**).
16. Coordonner des projets pour améliorer l'évaluation et la surveillance du rendement des services et des soutiens à chacun des cinq niveaux (**Comité directeur de la Stratégie nationale sur le traitement**).
17. Développer à chaque niveau les capacités de collecte et de communication (sous forme de rapports) de l'information en provenance de tous les secteurs, notamment la capacité de faire rapport sur les indicateurs nationaux de traitement (**ensemble des autorités administratives**).

Faire progresser la stratégie

LEADERSHIP ET COORDINATION

18. Concernant la mise en œuvre de la Stratégie nationale sur le traitement :
 - a. Affecter et harmoniser les ressources destinées à mettre en œuvre la stratégie de manière à optimiser les efforts tant individuels que collectifs (**ensemble des autorités administratives, CCLAT, Comité de liaison FPT sur la consommation problématique de substances et CECT**).
 - b. Coordonner la mise en œuvre de la stratégie :
 - i. en mettant sur pied un Comité directeur multisectoriel de la Stratégie nationale sur le traitement qui comprenne la participation de Santé Canada, du Comité de liaison FPT sur la consommation problématique de substances, du Service correctionnel du Canada, d'organisations autochtones nationales, d'utilisateurs et de leurs proches, du Conseil exécutif canadien sur les toxicomanies et du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (**CCLAT, CECT, Santé Canada, Comité de liaison FPT sur la consommation problématique de substances**)
 - ii. en déterminant des points de référence et en contrôlant la responsabilité liée aux niveaux de service et aux compétences juridictionnelles visant à mettre en œuvre la stratégie (**Comité directeur de la Stratégie nationale sur le traitement**)

- iii. en coordonnant la communication et les partenariats entre les services et les autorités administratives afin de faciliter la mise en œuvre de la stratégie **(Comité directeur de la Stratégie nationale sur le traitement)**
- iv. en recourant tout au long du processus de mise en œuvre à des analyses différenciées selon les sexes et la diversité **(Comité directeur de la Stratégie nationale sur le traitement)**
- c. Mettre au point, en collaboration avec les provinces et les territoires, des mécanismes pour mobiliser les intervenants et déterminer des moyens de soutenir la mise en œuvre des recommandations de la Stratégie nationale sur le traitement **(Comité directeur de la Stratégie nationale sur le traitement)**.

MISE EN ŒUVRE ET ÉVALUATION

- 19. Élaborer une méthodologie pour coordonner les investissements nécessaires à la mise en œuvre de la stratégie et inciter les intervenants à affecter des ressources à ces investissements **(Comité directeur de la Stratégie nationale sur le traitement)**.
- 20. Établir un plan pour évaluer la mise en œuvre de cette stratégie **(Comité directeur de la Stratégie nationale sur le traitement)**.

ANNEXE B : MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL SUR LA STRATÉGIE NATIONALE SUR LE TRAITEMENT

COPRÉSIDENTS

Gail Czukar, vice-présidente à la direction, Centre de toxicomanie et de santé mentale

Patrick Smith, vice-président, Recherche, réseaux et développement universitaire, Services de santé mentale et de toxicomanie de la C.-B.

COPRÉSIDENTE ASSOCIÉE

Rita Notarandrea, première dirigeante adjointe, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies

GROUPE DE TRAVAIL

Kim Baldwin, ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador (T.-N.-L.)

Joanne Bezzubetz, Autorité sanitaire de la côte de Vancouver (C.-B.)

Yvonne Block, Santé Manitoba et Vie saine (Man.)

Thomas Brown, Centre de recherche de l'Hôpital Douglas (Qc)

Peter Butt, Collège des médecins de famille du Canada (Sask.)

Lianne Calvert, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (Ont.)

Dawna Cardinal, Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances (Man.)

Gloria Chaim, Centre de toxicomanie et de santé mentale (Ont.)

Chef Wayne Christian, Assemblée des Premières Nations (C.-B.)

Jim Cincotta, Inuit Tapiriit Kanatami (Ont.)

Beverly Clarke, ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador (T.-N.-L.)

Sharon Clarke, Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances Inc. (Sask.)

Peter Coleridge, Santé mentale et Services de toxicomanie de Colombie-Britannique (C.-B.)

Graeme Cunningham, Homewood Health Centre Inc. (Ont.)

Linda Dabros, Santé Canada (Ont.)

Chantal Desgranges, membre de la communauté (Ont.)

Narinder Dhillon, ministère de la Défense nationale (Ont.)

Ryan Flannagan, Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (Ont.)

Barry Fraser, Integrated Workplace Solutions (Ont.)

Brian Grant, Service correctionnel du Canada (Ont.)

Andrée Guy, Services de santé mentale et de dépendance (N.-B.)

Carol Hopkins, Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances Inc. (Ont.)

Sara Johnson, Service correctionnel du Canada (Ont.)

Shirley Kendzierski, Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances (Man.)

Signe L., Groupes familiaux Al-Anon (Man.)

Ray M., Alcooliques Anonymes (référence pour le groupe de travail)

Kathryn MacCullam, Autorité sanitaire de River Valley (N.-B.)

Wanda McDonald, ministère de la Promotion et de la Protection de la santé de Nouvelle-Écosse (N.-É.)

David Marsh, Autorité sanitaire de la côte de Vancouver, Société médicale canadienne sur l'addiction (C.-B.)

John McCallum, Santé Saskatchewan (Sask.)
Bill Nelles, National Opiate Treatment Association of Canada (C.-B.)
Karen Parsons, Peel Addiction Assessment and Referral Centre (Ont.)
Tom Payette, ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse (N.-É.)
Rose Pittis, Dilico Anishnabek Family Care (Ont.)
Nancy Poole, Centre d'excellence de la Colombie-Britannique pour la santé des femmes (C.-B.)
Christiane Poulin, Université Dalhousie (N.-É.)
Greg Purvis, ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse (N.-É.)
Dan Reist, Centre de recherche en toxicomanie de la Colombie-Britannique (C.-B.)
Brian Rush, Centre de toxicomanie et de santé mentale (Ont.)
Cynthia Stirbys, Assemblée des Premières Nations (Ont.)
John Topp, Pavillon Foster (Qc)
Silvia Vajushi, Commission albertaine contre l'alcool et les toxicomanies (Alb.)
Jennifer van Koeveringe, Santé Canada (Ont.)

SECRETARIAT

David Brown, Santé mentale et Services de toxicomanie de Colombie-Britannique (C.-B.)
Carolyn Franklin, Conseil exécutif canadien sur les toxicomanies (Ont.)
Rebecca Jesseman, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (Ont.)
Rita Notarandrea, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (Ont.)
Deborah Ross, Santé mentale et Services de toxicomanie de Colombie-Britannique (C.-B.)
Barney Savage, Centre de toxicomanie et de santé mentale (Ont.)
Wayne Skinner, Centre de toxicomanie et de santé mentale (Ont.)
Gerald Thomas, Centre de recherche en toxicomanie de la Colombie-Britannique (C.-B.)
Marjorie Ward, Santé Canada (Ont.)

ÉQUIPE DE RÉDACTION¹⁸

Rebecca Jesseman, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (Ont.)
Deborah Ross, Santé mentale et Services de toxicomanie de Colombie-Britannique (C.-B.)
Brian Rush, Centre de toxicomanie et de santé mentale (Ont.)

ÉQUIPE RESPONSABLE DE L'ÉDITION

Nick Gamble, Centre de toxicomanie et de santé mentale (Ont.)
Diana Ballon, Centre de toxicomanie et de santé mentale (Ont.)
Jacquelyn Waller-Vintar, Centre de toxicomanie et de santé mentale (Ont.)

GRAPHISTE

Nancy Leung, Centre de toxicomanie et de santé mentale (Ont.)

PRODUCTION

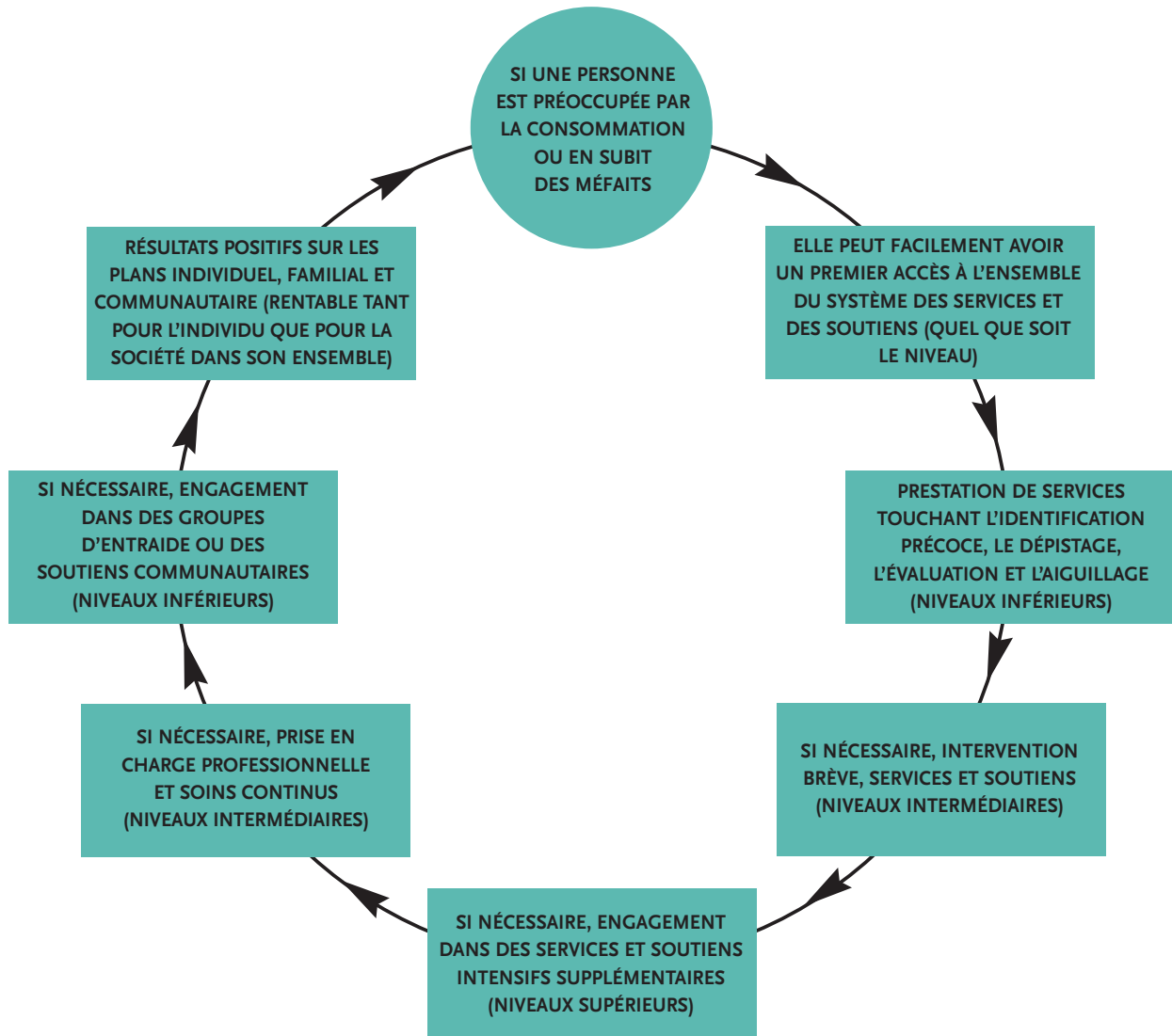
Christine Harris, Centre de toxicomanie et de santé mentale (Ont.)

TYPOGRAPHIE

Costa Leclerc Design Inc.

18. L'équipe de rédaction a reçu de nombreux documents, suggestions et contributions fournis par le secrétariat et le groupe de travail.

ANNEXE C : VOIES D'ACCÈS AUX SERVICES ET AUX SOUTIENS CENTRÉS SUR LA PERSONNE





Canadian Executive Council on Addictions
Conseil exécutif canadien sur les toxicomanies

