Prestation de services intégrés en santé mentale, en usage de substances et en troubles concomitants

Commission de la santé mentale du Canada
Mental Health Commission of Canada

Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances

LE PROBLÈME

Au cours des vingt dernières années, des arguments convaincants ont été avancés pour que les soins en santé mentale et en usage de substances soient regroupés dans un système de soutien collaboratif. L'intégration de ces soins est en effet considérée comme une bonne pratique, puisque les troubles de santé mentale et d'usage de substances sont souvent concomitants et que l'obligation de recourir à des services distincts nuit parfois à la santé globale de la personne. Les soins intégrés sont définis comme « des soins dispensés par des prestataires de spécialités, disciplines ou secteurs différents qui travaillent ensemble à offrir des services complémentaires et un soutien mutuel » (Kates et coll., 2011).

Au Canada, l'intégration systémique des soins se fait à plusieurs niveaux, et la plupart des provinces et territoires mettent en place des structures de gouvernance propices à la collaboration. Des partenaires des secteurs de la santé mentale et de l'usage de substances ont mentionné certaines priorités systémiques, dont les suivantes :

- Renforcer la collaboration entre les organismes;
- Élargir l'accès aux services;
- Adopter des approches centrées sur les traumatismes, la réduction des méfaits, la sécurité culturelle et le rétablissement;
- Uniformiser les soins et les indicateurs de résultats.

Il faut toutefois noter que l'intégration s'est avérée difficile au niveau de la prestation de services.

CE QUE NOUS AVONS FAIT

En vue de corriger cette lacune, nous avons mené une revue de la littérature sur les lignes directrices opérationnelles et de mise en œuvre relatives à la prestation de services intégrés en santé mentale, en usage de substances et en troubles concomitants (santé mentale et usage de substances) en vigueur au Canada et ailleurs. Nous avons aussi examiné la littérature grise publiée en français ou en anglais, de 2017 à 2022, au Canada et dans d'autres pays dont la population est majoritairement blanche (p. ex. Royaume-Uni, Australie). Nous avons ciblé les documents offrant des pistes pour le déploiement de services intégrés au niveau des programmes ou des organismes, et non au niveau clinique.

CE QUE NOUS AVONS CONSTATÉ

Nous avons examiné 98 documents proposant des directives opérationnelles, dont 82 portant sur la prestation de services intégrés en santé mentale, en usage de substances et en troubles concomitants et 16, sur l'intégration des soins en santé mentale et en usage de substances aux soins primaires. De ces 98 documents, 48 proviennent des États-Unis, 37 du Canada, 7 du Royaume-Uni, 5 de l'Australie et 1 de la France. Les lignes directrices concernent la prestation de services à différents points du continuum de soins, tant en milieu clinique que communautaire. Les ressources s'adressent pour la plupart à des partenaires du domaine de la santé mentale, de l'usage de substances ou des deux; d'autres s'adressent à des organismes scolaires, communautaires ou judiciaires.

CE QUE NOUS AVONS APPRIS

Un casse-tête incomplet

Un peu moins de la moitié des lignes directrices font référence à une ou plusieurs populations mal desservies, les plus mentionnées étant les enfants et les jeunes. En voici d'autres exemples :

- les personnes âgées
- les Autochtones
- les personnes racialisées
- les personnes immigrantes
- les personnes enceintes, les parents ou les deux
- les anciens combattants
- les personnes ayant des démêlés avec la justice
- les personnes qui ne parlent pas anglais
- les personnes qui ont vécu de la violence
- les personnes qui vivent en milieu rural

De nombreux documents, provenant d'un peu partout dans le monde, abordent les soins offerts en cas de troubles concomitants. Nous n'avons trouvé aucune ligne directrice sur les soins intégrés pour :

- les personnes 2SLGBTQ+
- les personnes en situation d'itinérance
- les personnes mal logées
- les francophones en situation minoritaire
- les personnes à faible revenu

La majorité des lignes directrices portent sur plus d'un point du continuum de soins (prévention, dépistage, évaluation clinique, traitement, coordination des soins). Nous n'avons trouvé que quelques lignes directrices sur les liens entre le genre et les soins intégrés ou centrées sur la promotion de la santé, la réduction des méfaits, les soins en situation de crise et le rétablissement. D'un point de vue organisationnel, les questions de main-d'œuvre sont plus souvent traitées que l'échange d'information ou l'évaluation et le financement des soins intégrés.

C'est donc dire que le bilan de notre revue de la littérature est incomplet quant à la meilleure façon d'intégrer les services en santé mentale et en usage de substances. Si de nombreuses lignes directrices regroupent les leçons tirées d'une variété de programmes ou d'études, il reste que beaucoup accordent trop d'importance à des approches propres à un contexte donné (p. ex. milieu de pratique, population), en laissant de côté d'autres pièces du casse-tête.

Ces lacunes sont probablement dues au fait que l'intégration des soins n'en est qu'à ses débuts : dans certains secteurs, les lignes directrices de mise en œuvre n'ont pas encore été traduites en littérature grise. La situation pourrait toutefois évoluer, à mesure que les modèles deviennent de bonnes pratiques et que des normes de pratique sont adoptées. Il s'agit, pour les partenaires du domaine des soins intégrés, d'une occasion de regrouper les approches existantes dans un cadre complet et de trouver les éléments manquants grâce à l'échange des connaissances ou à des essais complémentaires de modèles de programmes.

Des divergences dans les définitions de santé mentale et d'usage de substances

Le concept de « santé » n'a pas la même signification d'une population à l'autre. En abordant les méthodes de recherche selon une logique centrée sur la maladie, nous risquons de passer à côté de modèles intégrés sortant des concepts eurocentriques de la santé mentale et de l'usage de substances (Mead, 2002; Stinson, 2018). Cela dit, les modèles centrés sur le bien-être s'avèrent parfois très utiles pour planifier des services bien accueillis par des populations dont les systèmes de connaissances ont été marginalisés. Nous avons relevé de nombreux termes utilisés dans des contextes et dans des pays différents pour parler des soins intégrés en santé mentale et en usage de substances. C'est pourquoi il faudra peut-être uniformiser la terminologie internationale de la santé mentale et de l'usage de substances afin de favoriser l'échange des connaissances et la recherche.

Une analyse de l'équité en santé

La plupart des documents examinés reconnaissent l'existence d'inégalités en lien avec la santé mentale et l'usage de substances. Les lignes directrices adoptent généralement une approche adaptée à la population, c'est-à-dire qu'elles s'adressent à des populations présentant un taux particulièrement élevé de troubles de santé mentale et d'usage de substances ou faisant

face à des obstacles systémiques aux soins. Une telle façon de faire risque toutefois d'être essentialiste, autrement dit de supposer qu'une population possède des caractéristiques essentielles immuables, et de laisser dans l'ombre l'expérience fréquente d'inégalités croisées ou à couches multiples. Nous n'avons recensé que quelques lignes directrices adoptant une approche systémique de l'équité et proposant des balises pour modifier la prestation de services afin de combattre l'oppression instaurée par des systèmes de pouvoir sociaux, économiques et culturels. Le moment est venu d'élaborer des lignes directrices qui intègrent à la prestation de soins des principes systémiques d'équité et d'intersectionnalité, au lieu de (ou en plus de) cibler une seule population à la fois.

PROCHAINES ÉTAPES

Des avenues de recherche et d'échange des connaissances

Une proportion à peu près égale de documents étaient basés sur des études ou sur des leçons portant sur un programme ou un service déployé dans un contexte donné, ce qui est problématique lorsque l'évaluation faite ne permet pas de mesurer l'efficacité et les conséquences inattendues des modèles. À noter cependant qu'une telle combinaison d'études évaluées par des pairs et de rapports adaptés au contexte forme une base solide sur laquelle s'appuyer pour monter une bonne base de connaissances.

Notre analyse a fait ressortir de nombreuses avenues de recherche et d'échange des connaissances :

- Davantage d'études systémiques et essentielles sur la façon d'intégrer les soins offerts aux populations marginalisées, comme mieux tenir compte de l'oppression systémique et intersectionnelle et explorer des approches d'intégration des soins utilisant divers concepts de « santé »;
- Élaboration et évaluation collaboratives des normes de soins;
- Recherche et évaluation concernant :
  - l'adoption des lignes directrices et des modèles proposés afin de cerner les facteurs qui aident ou qui nuisent à la mise en œuvre;
  - les répercussions de différents modèles sur des populations et des contextes variés;
  - l'efficacité des stratégies de gestion du changement utilisées.
- Analyse ciblée des lignes directrices de mise en œuvre pour des modèles de traitement particuliers;
- Recherche sur la facturation et les incitatifs financiers en lien avec l'intégration;
- Échange des connaissances sur les documents organisationnels internes de politique et de mise en œuvre portant sur des questions opérationnelles, sur le flux de travail et sur la gestion du changement;
- Création d'un répertoire central (p. ex. site Web, congrès) des bonnes pratiques ou des occasions d'apprentissage au Canada afin de faciliter l'élaboration d'un cadre complet pour l'intégration des soins.

BIBLIOGRAPHIE

Kates, N., G. Mazowita, F. Lemire, A. Jayabarathan, R. Bland, P. Selby, ... et D. Audet. *L'évolution des soins de santé mentale en collaboration au Canada : une vision d'avenir partagée* [énoncé de principe de l'Association des psychiatres du Canada et du Collège des médecins de famille du Canada], *Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 56, nº 5, 2011, p. 1–10. https://www.cpa-apc.org/wp-content/uploads/2021-CPA-Collaborative-mental-health-care-Historic-FR-web-Final.pdf

Mead, A. *Six differences between Aboriginal and 'Western' world views*, 2002. http://www.donpugh.com/Psych%20Interests/ABORIGINES/SIX%20DIFFERENCES%20BETWEEN%20ABORIGINAL%20and%20%60WESTERN%27%20WORLD%20VIEWS-,.pdf

Stinson, J. *Que sont les modes de savoirs autochtones et occidentaux?* [fiche de renseignements], Ontario, Université de Guelph et Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, 2018. https://www.criaw-icref.ca/wp-content/uploads/2021/04/Fact-Sheet-2-FR-FINAL_Accessible.pdf

ISBN 978-1-77871-091-9
© Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2023.