

Feuille de route de normalisation en SMSLCS

Préparé par le Collectif national de
normalisation en santé mentale et santé
liée à la consommation de substances

Tableau des matières

Remerciements	3
Message des coprésidents du Collectif national de normalisation en SMSLCS	4
Message de la directrice générale du Conseil canadien des normes	5
Sommaire	6
Utilisation du rapport	8
Normes et évaluation de la conformité.....	8
À propos du Collectif.....	9
Lecture de la feuille de route.....	9
Normalisation et SMSLCS au Canada	11
Contexte.....	11
Relever les défis et repérer les occasions.....	12
Faits saillants des consultations.....	15
Enjeux et recommandations	21
Cerner les principaux enjeux.....	21
Recommandations.....	23
Groupe de travail 1 : Fondement et intégration.....	23
Groupe de travail 2 : Intégration des services en santé primaires.....	25
Groupe de travail 3 : Enfants et jeunes.....	26
Groupe de travail 4 : Personnes ayant des besoins complexes.....	27
Prochaines étapes	30
Annex A — Analyse des lacunes	
Annex B — Liste de normes publiées de niveau 1 et des documents connexes pour les questions clés	
Annex C — Mobilisation des autochtones concernant le collectif national de normalisation en SMSLCS	
Annex D — Consultation nationale sur la normalisation en matière de services de santé mentale et de santé liée à la consommation de substances	
Annex E — Remettre en question le racisme et instaurer l'équité dans les systèmes de SMSLCS dans un contexte de normalisation	
Annex F — Les contextes uniques de la santé liée à la consommation de substances: Principales considérations	
Annex G — Rapport de recommandations sur l'accréditation dans le domaine de la SMSLCS	
Annex H — Liste des acronymes et des abréviations	
Annex I — Aperçu des organismes d'élaboration de normes (OEN) et autres entités dans la sphère de la SMSLCS	
Annex J — Méthode d'établissement du paysage normatif en matière de SMSLCS	
Annex K — Le paysage normatif en matière de SMSLCS	

Remerciements

Cette initiative a été financée par Santé Canada. Les opinions exprimées ici ne représentent pas nécessairement les opinions de Santé Canada.

Nous remercions sincèrement toutes les personnes et organisations qui ont généreusement offert leur expertise, leur contribution et leur soutien tout au long de l'élaboration de cette feuille de route. Leur dévouement, leur participation et leurs contributions au cours de l'année écoulée ont joué un rôle déterminant dans la préparation de ce document.

Nous reconnaissons respectueusement que les bureaux du Conseil canadien des normes se trouvent sur le territoire traditionnel et non cédé du peuple algonquin Anishnaabe, qui habite et prend soin de cette terre depuis des temps immémoriaux. Reconnaisant le privilège d'être présent sur ce territoire, nous reconnaissons les peuples autochtones comme les gardiens du savoir traditionnel, qui enrichissent notre société grâce à leur sagesse. Déterminés à favoriser des partenariats respectueux avec tous les peuples autochtones, nous aspirons à l'amélioration, à la guérison collective et à une véritable réconciliation.

La feuille de route représente une compilation résumée des discussions et des commentaires des personnes qui ont activement participé à son élaboration, lesquels englobent un éventail de perspectives, y compris des points de vue potentiellement divergents. Il est important de souligner que la feuille de route ne cherche pas à déclarer un point de vue comme étant définitif ou à rejeter les autres comme étant erronés. Son objectif est plutôt de rendre compte de manière authentique des multiples facettes de la santé mentale et santé liée à la consommation de substances au Canada, tout en soulignant le rôle essentiel de la normalisation dans la promotion de l'amélioration continue du système de santé canadien.

« Toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible. Les pays ont l'obligation légale d'élaborer et de mettre en œuvre des lois et des politiques qui garantissent un accès universel à des services de santé qui soient de qualité et s'attaquent aux causes profondes des disparités en matière de santé, notamment la pauvreté, la stigmatisation et la discrimination.¹ »

– Organisation mondiale de la Santé (OMS)

¹ <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>



Message des coprésidents du Collectif national de normalisation en SMSLCS

Lorsque nous avons entamé notre parcours avec le Collectif national en normalisation en santé mentale et santé liée à la consommation de substances (SMSLCS), il est devenu évident qu'il était impératif de démanteler les hypothèses et les préjugés enracinés dans les systèmes existants. Reconnaisant le besoin de s'attaquer aux préjudices passés, au racisme systémique et à la stigmatisation, notre principal objectif avec cette feuille de route est de démontrer comment les processus et les outils de normalisation peuvent permettre aux organisations de SMSLCS d'améliorer la qualité du traitement et du soutien pour toutes les personnes qui en ont besoin, même avec des ressources limitées.

Notre collaboration vise à façonner l'avenir des soins de SMSLCS en amplifiant la diversité des voix et des expériences. Nous restons fidèles à notre engagement d'élaborer des normes et une feuille de route qui témoignent fidèlement des besoins et les aspirations de tous les intervenants. Tout au long de ce processus, nous sommes restés guidés par des principes clés comme les soins axés sur les personnes et l'accès équitable aux soins. Si les lignes directrices cliniques restent indispensables, notre attention ne se limite pas à chaque protocole de traitement pour aborder les défis systémiques et les pistes d'amélioration.

En outre, nous ne devons pas perdre de vue des considérations essentielles comme la planification, le financement et l'évaluation du rendement. Ces facteurs influenceront considérablement la mise en œuvre et l'évaluation de la feuille de route.

Au cours de l'année écoulée, le Collectif a recensé avec diligence les domaines propices à la collaboration et à l'innovation. Nos groupes de travail, qui se sont réunis virtuellement, se sont penchés sur les questions clés qui se posent aujourd'hui dans le domaine de la SMSLCS. Les efforts déployés auprès des communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis, ainsi que des personnes racialisées ont souligné l'importance de soins sécuritaires sur le plan culturel et d'approches axées sur l'équité.

Pour aller de l'avant, il est essentiel d'établir un sentiment de confiance dans nos services de SMSLCS afin de préserver la santé, la sécurité et le bien-être des personnes vivant au Canada. La normalisation est essentielle pour améliorer la qualité et la cohérence des systèmes et des services de SMSLCS, les recommandations se concentrant sur la sécurité culturelle et l'accessibilité pour transformer le secteur en un système plus inclusif et plus réactif.

Nous remercions chaleureusement les membres du Collectif pour le courage dont ils ont fait preuve en participant à des conversations franches et stimulantes et pour leur dévouement inébranlable à l'amélioration des services de SMSLCS pour l'ensemble des personnes vivant au Canada. Nous remercions également notre secrétariat, le Conseil canadien des normes, pour son soutien et ses conseils inestimables.

Chi miigwech.
Brian and Carol

Carol Hopkins, directrice générale Thunderbird Partnership Foundation

Brian Rush, scientifique émérite à l'Institute for Mental Health Policy Research du Centre de toxicomanie et de santé (CAMH)



Message de la directrice générale du Conseil canadien des normes

En mars 2022, le gouvernement du Canada s'est engagé à collaborer avec le Conseil canadien des normes (CCN) et d'autres intervenants afin d'établir des normes nationales pour les systèmes et services de santé mentale et de santé liée à la consommation de substances (SMSLCS) ainsi que d'élaborer une feuille de route complète. Cette initiative a débouché sur la création du Collectif national de normalisation en SMSLCS, dont l'objectif est de recueillir des avis diversifiés.

Au CCN, la priorité est de répondre aux besoins de la société par la normalisation. Notre expertise consiste à favoriser la collaboration parmi les différentes parties intéressées afin d'élaborer des normes et des outils progressifs qui cadrent avec les valeurs et les priorités du Canada, des Premières Nations, des Inuits et des Métis.

Le Collectif national de normalisation en SMSLCS a été créé pour coordonner les efforts de normalisation à l'échelle nationale. Pendant deux ans, nous avons collaboré avec plus de 300 personnes issues de gouvernements, de gouvernements et de communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis, d'experts, d'universitaires, de chercheurs, d'organismes universitaires et de recherche, de personnes ayant une expérience concrète, de l'industrie, de fournisseurs, d'associations professionnelles, d'organisations de santé pancanadiennes et d'organismes d'élaboration de normes.

La feuille de route qui en découle recense les questions clés, les lacunes dans la normalisation et propose des recommandations pour y remédier, servant de ressource pour l'avenir de SMSLCS au Canada.

Malgré les défis que la pandémie a posés, notre effort de collaboration a persisté, alimenté par le dévouement de participants d'horizons divers. La force de notre entreprise réside dans l'étendue des perspectives apportées.

Pour mettre en œuvre ces recommandations, le CCN reconnaît l'importance des partenariats et des financements potentiels. La normalisation, si elle est appliquée efficacement, peut favoriser l'excellence et améliorer l'accès aux produits, systèmes et services les plus sécuritaires. Le CCN reste ouvert à collaborer avec les organismes d'élaboration de normes et les autres parties intéressées, reconnaissant l'incidence potentielle de l'utilisation de son pouvoir de rassemblement pour explorer des solutions conformes aux vingt-quatre (24) recommandations de la feuille de route.

Nous sommes reconnaissants à toutes les personnes impliquées dans cette entreprise et nous nous réjouissons de poursuivre notre collaboration pour faire progresser la santé et la sécurité de l'ensemble des personnes vivant au Canada.

Chantal Guay, ing. P.Eng. FACG

Sommaire

L'objectif de cette feuille de route est de décrire le paysage normatif existant et envisagé pour les systèmes et services de santé mentale et de santé liée à la consommation de substances (SMSLCS) au Canada. Elle vise à relever les domaines à améliorer et à proposer des recommandations concrètes pour combler les lacunes existantes et explorer de nouveaux moyens de normalisation.

La SMSLCS touchent tous les segments de la société et toutes les catégories socioéconomiques. En 2019 et 2021, les lettres de mandat du premier ministre adressées au ministre de la Santé et au ministre de la Santé mentale et des Dépendances mettent l'accent sur l'établissement de normes nationales pour les systèmes de SMSLCS. La pandémie de COVID-19 a exacerbé les problèmes de SMSLCS, soulignant les lacunes existantes dans les services et le besoin urgent d'agir. Malgré les efforts décrits dans la Charte d'Ottawa de 1986, l'accès uniforme au traitement et au soutien de SMSLCS reste difficile à obtenir partout au pays. Six domaines de normalisation ont été définis conformément aux priorités provinciales et territoriales partagées de 2017 en matière de santé, à savoir : l'intégration de la SMSLCS dans les établissements de soins primaires, les applications numériques de SMSLCS, les services intégrés pour les jeunes, les services intégrés de SMSLCS pour les Canadiens ayant des besoins complexes, les centres de traitement de la toxicomanie : services de gestion du sevrage, et le personnel dans le domaine de la santé liée à la consommation de substances : compétences des médecins prescripteurs pour les fournisseurs de soins non spécialisés dans les dépendances.

En 2022, avec le soutien de Santé Canada et conformément à l'engagement du gouvernement, le Collectif national de normalisation en SMSLCS a été créé pour élaborer une feuille de route complète sur les normes en matière de SMSLCS. Cette initiative visait à cerner les principaux enjeux et lacunes en matière de normalisation afin d'améliorer la prestation des services et les résultats des traitements. Le Collectif a tenté de s'assurer que l'ensemble des personnes vivant au Canada participent à l'initiative afin de maintenir une représentation équilibrée dans la continuité de SMSLCS, en tirant parti de la

diversité de ses membres pour aborder des questions de normalisation complexes.

Axés sur quatre domaines prioritaires – le fondement et l'intégration, l'intégration des services en santé primaires, les enfants et les jeunes, et les personnes ayant des besoins complexes, y compris la santé liée à la consommation de substances – les efforts du Collectif ont été guidés par les priorités définies par les provinces et les territoires. En outre, le CCN a animé cinq consultations distinctes afin d'élargir la consultation des personnes vivant au Canada sur les caractéristiques ou les principes de la SMSLCS. Ces consultations ont permis de recueillir les points de vue du public à des moments cruciaux de l'élaboration de la feuille de route, afin d'obtenir un point de vue national sur la normalisation dans le domaine de la SMSLCS. En outre, les consultations comprenaient une sensibilisation spécifique des communautés autochtones, un groupe de discussion sur l'antiracisme, des discussions sur la santé liée à la consommation de substances et des évaluations des programmes d'évaluation de la conformité et d'accréditation.

La lecture intégrale de la feuille de route fait apparaître trois grands thèmes :

- 1. Soins axés sur les personnes et collaboration² :** mettre en place des solutions de normalisation pour adapter les soins aux besoins individuels tout en favorisant la collaboration entre les parties intéressées afin de garantir un soutien holistique.
- 2. Équité et inclusion :** s'attaquer aux disparités systémiques et promouvoir la compétence culturelle ainsi que la compétence liée à l'état de santé ou l'état pathologique afin de garantir à tous les individus un accès équitable aux soins de SMSLCS.
- 3. Continuité des soins et intégration des systèmes :** établir des protocoles normalisés pour faciliter les transitions entre les différents services et établissements de soins de santé.

2 Cela comprend la réhabilitation psychosociale (RPS).

Le Collectif a formulé 24 enjeux principaux et les recommandations qui en découlent :

- Terminologie et langage exempts de stigmatisation et axés sur un consensus
 - Différents types de données probantes et d'expériences
 - Mécanismes de redevabilité et d'évaluation
 - Droits de la personne et équité fondamentale en matière de santé
 - Principes et approches de la réduction des méfaits
 - Systèmes de connaissances des Premières Nations, des Inuits et des Métis et droits inhérents et en matière de traités
 - Vie privée et confidentialité en matière de SMSLCS
 - Qualité des services de santé atteignable en abordant efficacement les déterminants sociaux de la santé
 - Santé, formation et compétences du personnel
 - Continuité et transition des soins
 - Accès en temps opportun aux soins de SMSLCS
 - Continuité des soins
 - Assurance de la qualité des applications numériques de SMSLCS
 - Compétences comportementales et techniques et perfectionnement du personnel pour les personnes impliquées dans les soins de SMSLCS au Canada
 - Service mobile d'intervention et de soins en cas de crise
 - Soins en partenariat avec la jeunesse
 - Promotion de soins en partenariat avec la jeunesse qui sont équitables, accessibles et qui reflètent la culture et l'identité
 - Processus et outils de dépistage systématique pour les jeunes
 - Communication et collaboration dans le cadre de la continuité des soins pour les enfants et les jeunes
 - Soins de santé liée à la consommation de substances pour les jeunes
 - Soutien aux proches aidants qui accompagnent les jeunes
 - Soins de santé axés sur les personnes et cocréation de soins
- Valorisation du rôle des familles et des proches aidants qui accompagnent les personnes ayant des besoins complexes, et reconnaissance de leurs propres besoins en matière de services et de soutien
 - Continuité des soins pour les personnes ayant des besoins complexes

Cette feuille de route est une **invitation à l'action**. Les partenariats entre toutes les parties intéressées seront impératifs pour faire progresser l'infrastructure de la SMSLCS, échanger les pratiques exemplaires et accroître la prise de décisions du client à l'égard du traitement, du choix des services ainsi que de l'approche en matière de soins. Même si toutes les parties peuvent contribuer à chacun des domaines énumérés ci-dessous, voici quelques exemples d'actions :

- financer l'élaboration et la mise en œuvre de normes nationales et les intégrer dans les cadres politiques;
- plaider pour centrer les perspectives autochtones et donner la priorité à la sécurité culturelle dans les normes et les pratiques;
- plaider en faveur de normes axées sur les personnes et d'en soutenir l'adoption;
- élaborer des normes et des protocoles fondés sur des données probantes;
- adopter et mettre en œuvre des normes nationales au sein des organisations;
- collaborer à l'élaboration, à l'amélioration et à l'adoption de normes nationales.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur la façon d'utiliser cette feuille de route ou pour participer à la normalisation, veuillez communiquer avec le Conseil canadien des normes à l'adresse suivante : info@scc.ca.



Utilisation du rapport

Normes et évaluation de la conformité

Les normes servent de lignes directrices complètes qui assurent des pratiques uniformes et des exigences techniques dans divers domaines, et qui offrent une structure solide pour les soins de santé. Elles permettent d'améliorer la qualité des services, de relever les lacunes, de renforcer la sécurité et d'accroître l'efficacité tant pour les fournisseurs que pour le public.

L'évaluation de la conformité (certification et accréditation) permet de déterminer si les produits, les services ou les systèmes sont conformes aux normes. Dans le domaine des soins de santé, elle intervient à l'échelle de l'organisation ou du programme, afin de garantir le respect des normes de sécurité et de soins aux patients. En tant que représentant du

Canada dans le domaine des normes et de l'accréditation, le CCN s'assure que les organismes d'évaluation de la conformité respectent des normes rigoureuses, inspirant ainsi la confiance sur le plan national qu'international.

La normalisation consiste en l'élaboration et l'application des normes, ce qui comprend :

- les travaux des comités qui élaborent des normes
- la publication de normes par les organismes d'élaboration de normes
- la reconnaissance des normes par les organismes nationaux de normalisation comme le CCN
- l'application des normes par les entreprises, les fournisseurs et les clients
- la vérification que les produits ou services sont conformes aux normes applicables (évaluation de la conformité)

- l'accréditation des organismes qui fournissent des services d'évaluation de la conformité
- l'utilisation des normes et des principes d'évaluation de la conformité comme outils facilitant la mise en œuvre des politiques publiques et le commerce international

Dans le secteur canadien de la SMLCS, les normes et l'évaluation de la conformité favorisent la qualité, la sécurité et l'efficacité, en établissant des lignes directrices fondées sur des données probantes, en faisant la promotion de l'interopérabilité et en améliorant les soins aux patients et les résultats des traitements.

À propos du Collectif

Créée en 2022, le Collectif national de normalisation en SMLCS (également appelée le « Collectif ») a réuni plus de 300 intervenants issus de gouvernements, de gouvernements et de communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis, d'experts, d'universitaires, de chercheurs, d'organismes universitaires et de recherche, de personnes ayant une expérience concrète, de l'industrie, de fournisseurs, d'associations professionnelles, d'organisations de santé pancanadiennes et d'organismes d'élaboration de normes. Leur objectif était d'élaborer une feuille de route complète concernant les principaux enjeux et lacunes des normes existantes et nécessaires en matière de SMLCS, afin d'améliorer la prestation des services et les résultats des traitements. La participation était ouverte à l'ensemble des personnes vivant au Canada, en vue d'une représentation équilibrée. L'atout du Collectif réside dans la diversité de ses membres et dans leur engagement à traiter des enjeux de normalisation complexes.

Lecture de la feuille de route

Cette feuille de route témoigne des discussions tenues par les membres du Collectif depuis sa création, couvrant un éventail de sujets liés à la SMLCS.

La feuille de route s'adresse à tous les individus du Canada et reconnaît les soins de santé comme un droit fondamental. En 2021, le gouvernement fédéral a créé le poste de ministre de la Santé mentale et des Dépendances et le poste de ministre associé à la Santé,

soulignant l'importance de s'attaquer aux inégalités en matière de santé, en particulier pour les communautés marginalisées, notamment les personnes autochtones, noires et de couleur (PANDC), tout en s'efforçant de faire en sorte qu'on considère les soins de SMLCS comme faisant partie intégrante de notre système de santé universel. Même si l'universalité est une condition du transfert fédéral des soins de santé dans la *Loi canadienne sur la santé*, l'accès équitable reste un défi au Canada

Cette feuille de route est destinée aux organismes gouvernementaux, aux organismes de réglementation, à l'industrie, aux universités et au public qui souhaitent obtenir des conseils sur les stratégies de normalisation pour s'attaquer aux enjeux de SMLCS. La feuille de route vise à orienter les discussions importantes qui façonnent notre avenir, en servant de source pour allouer efficacement les ressources nécessaires à la participation à la planification et à l'élaboration de normes et d'activités de recherche connexes. Elle part du principe que les lecteurs sont des parties intéressées directement touchées par les questions de SMLCS qui possèdent une compréhension de base des principaux atouts et défis à relever dans ces domaines.

L'élaboration de la feuille de route repose sur l'expertise de ses contributeurs. Les systèmes et services de SMLCS du Canada sont confrontés à des défis comme la fragmentation des services, la stigmatisation omniprésente, l'accès limité aux soins, la pénurie de main-d'œuvre, les aptitudes et compétences nécessaires dans ce domaine spécialisé des soins de santé, et les disparités dans la prestation de services, ce qui exige des réformes importantes. Malgré les défis auxquels sont confrontés les systèmes de SMLCS au Canada, les actions entreprises partout au pays présentent des aspects positifs notables. Il s'agit notamment d'une sensibilisation accrue et d'une reconnaissance des problèmes de SMLCS, d'efforts visant à réduire la stigmatisation par des campagnes publiques et de l'éducation, et de la priorité accordée à la SMLCS dans les programmes nationaux de soins de santé, pour n'en citer que quelques-uns.

Les normes et l'évaluation de la conformité peuvent jouer un rôle essentiel dans la résolution de cette crise en offrant un cadre pour une qualité uniforme des soins et de la prestation de services pour l'ensemble des personnes vivant au Canada. Les mécanismes d'évaluation de la conformité, comme les processus d'accréditation et de

certification, favorisent la redevabilité et l'amélioration de la qualité au sein du système de soins de santé, améliorant ainsi la coordination des soins et la continuité pour les clients, y compris l'évaluation ou la rétroaction de l'utilisateur et la mesure des résultats des services afin de contribuer aux services ou de les améliorer, pour s'assurer que les besoins sont satisfaits.

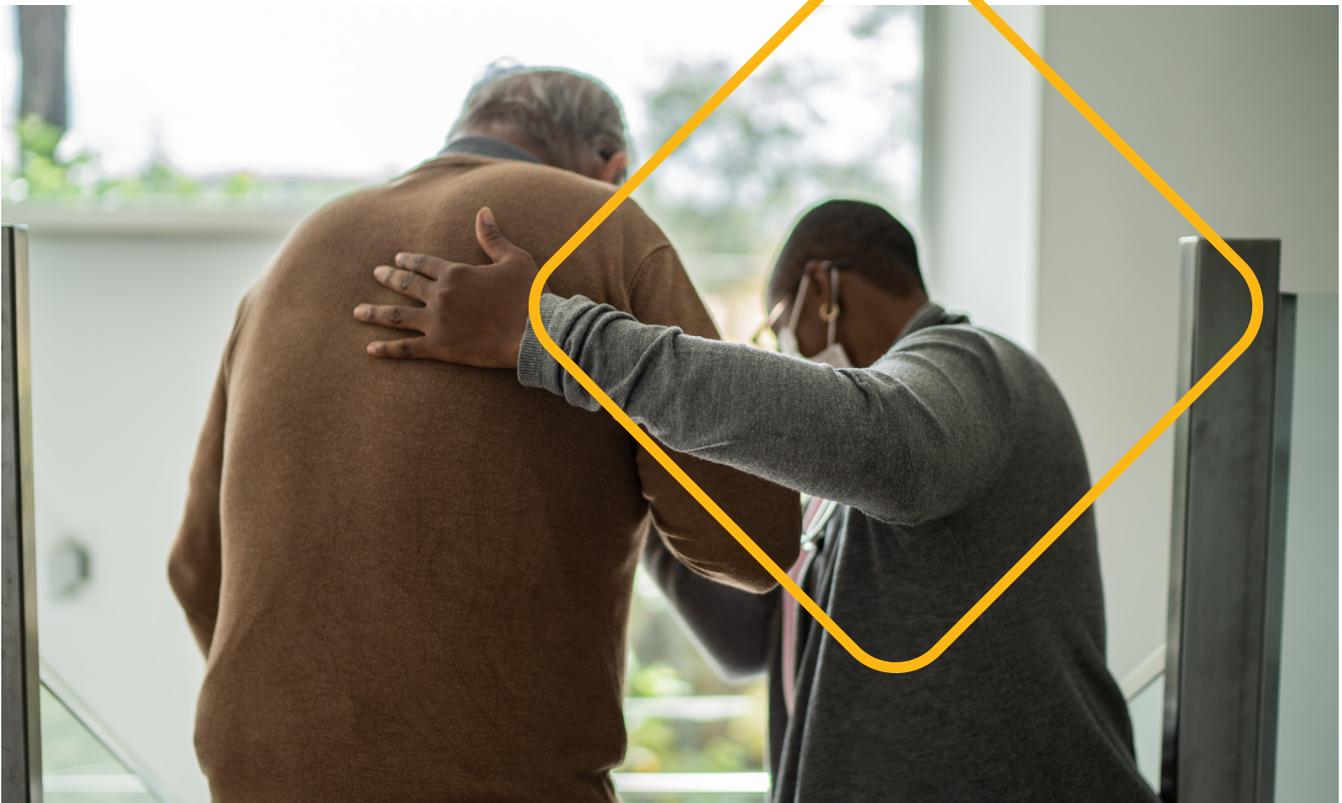
La première section de la feuille de route présente les points de vue des personnes qui ont participé à son élaboration y compris les résultats de la consultation autochtone, des consultations publiques, du groupe de discussion sur l'antiracisme, le spectre de la santé liée à la consommation de substances et des évaluations des programmes d'évaluation de la conformité et d'accréditation.

La deuxième section présente vingt-quatre (24) questions clés et les recommandations qui en découlent, formulées par le Collectif, en mettant l'accent sur l'incidence sur les individus et les organisations, et en soulignant les expériences nationales uniques en matière de SMSLCS.

La troisième section résume les recommandations formulées par les membres du groupe de travail et les prochaines étapes pour concrétiser la feuille de route, en mettant en pratique les normes et l'évaluation de la conformité.

Il est important de garder à l'esprit que la normalisation et l'évaluation de la conformité ne sont qu'un ensemble d'outils permettant de faire progresser la transformation des systèmes. La feuille de route fait le va-et-vient entre ces objectifs distincts, mais interdépendants.

Les annexes présentent des informations détaillées sur les travaux du Collectif, notamment une analyse des groupes de travail, des groupes d'action, des rapports sur la consultation autochtone, des résultats des consultations publiques, des informations sur les membres, un glossaire, une méthodologie et un paysage normatif détaillé.





Normalisation et santé mentale et de santé liée à la consommation de substances au Canada

Contexte

Selon les données de 2022, plus de 5 millions de Canadiens (18 % de la population) âgés de 15 ans et plus répondaient aux critères diagnostiques d'un trouble de l'humeur, d'un trouble anxieux ou d'un trouble lié à la consommation de substances au cours des 12 mois précédents.³ La pandémie de COVID-19 a exacerbé les tensions qui pèsent sur les systèmes et les services de SMSLCS, révélant des lacunes dans les services et l'accès aux traitements, et soulignant la nécessité urgente d'améliorer les services.

La normalisation est essentielle pour améliorer la qualité et l'accessibilité des systèmes et des services de SMSLCS à l'échelle nationale, en garantissant des normes de soins uniformes et un accès équitable à des traitements de

qualité. Des normes uniformes, fondées sur le rendement, permettent aux organismes de soins de santé de continuellement favoriser des soins de qualité et la sécurité des patients. L'évaluation de la conformité joue un rôle essentiel dans la mise en œuvre de ces normes puisqu'elle évalue les organisations en fonction de critères établis et favorise l'amélioration continue et la redevabilité des fournisseurs de services.

Pour répondre au besoin d'améliorer les systèmes et services de SMSLCS, le gouvernement du Canada s'est associé au CCN pour lancer le Collectif national de normalisation en SMSLCS. Dans le cadre de cette initiative, diverses parties intéressées ont participé à l'élaboration d'une feuille de route pour la normalisation, décrivant les objectifs actuels et souhaités. La feuille de route se concentre sur des domaines prioritaires comme

3 <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/t1-627-m/t1-627-m2023053-fra.htm>

les enjeux fondamentaux, l'intégration des services en santé primaires, les enfants et les jeunes, et le soutien aux personnes ayant des besoins complexes, notamment la santé liée à la consommation de substances dans le but de combler les lacunes dans la prestation des services et d'améliorer les résultats d'un bout à l'autre du pays.

Les recommandations issues d'une vaste consultation mettent l'accent sur la sensibilité culturelle, l'équité ainsi que les lacunes et les considérations en matière d'accessibilité.

Le Collectif s'est concentré sur la suppression des obstacles à l'accès aux services communautaires de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie, sur l'intégration de ces services dans les soins de santé primaires et sur le renforcement du soutien aux personnes ayant des besoins complexes. À travers divers groupes de travail et forces opérationnelles, des lacunes critiques ont été identifiées et comblées, ce qui a conduit à des recommandations visant à améliorer l'accessibilité, la qualité et l'intégration des services de lutte contre la toxicomanie avec la santé physique. Le Collectif a souligné l'importance de traiter les problèmes liés à la toxicomanie dans les paramètres des soins primaires et des services d'urgence, tout comme toute autre condition de santé. Cela implique de garantir des orientations appropriées vers des services spécialisés et des soutiens lorsque nécessaire.

Les efforts que déploie le Canada pour normaliser les services de SMSLCS représentent une étape importante pour répondre aux besoins urgents. Grâce à une collaboration continue, l'élaboration de normes nationales et leur mise en œuvre promet d'améliorer l'accès à des soins et à un soutien de qualité pour les personnes partout au pays.

Relever les défis et repérer les occasions

CE QUE NOUS ONT DIT LES MEMBRES DU COLLECTIF

Les groupes de travail et les groupes d'action du Collectif se sont régulièrement réunis virtuellement pour aborder des questions centrales de SMSLCS. Ces réunions ont permis de recenser les normes et de faciliter l'examen de solutions potentielles. Si certaines normes, certaines lignes directrices et certains documents communautaires peuvent être adaptés à une approche nationale, d'autres nécessitent un leadership centralisé pour garantir un accès inclusif et complet aux services de SMSLCS dans toutes les provinces et tous les territoires. Cette approche fait partie intégrante de la lutte contre les disparités régionales et de la garantie de soins équitables pour tous les individus.

Les discussions ont souligné l'importance d'une terminologie précise, en particulier pour faire la distinction entre la gravité et le sérieux des complexités de la maladie mentale et de la santé mentale (c.-à-d., les dépendances, la consommation problématique de substances, etc.) L'obtention d'un consensus sur les définitions s'est avérée difficile, mais essentielle pour une communication efficace.

On a mis l'accent sur les soins axés sur les personnes, les soins tenant compte des traumatismes ou l'approche en matière de réadaptation psychosociale en tant que pierre angulaire de soins de santé efficaces, ce qui nécessite un changement systémique. La normalisation du langage et des approches a été soulignée comme étant essentielle dans toutes les administrations. La continuité des soins, qui englobe divers services au fil du temps, a été abordée et a mis l'accent sur la nécessité d'une intégration transparente et d'approches personnalisées. Des mesures pratiques visant à combler les lacunes, comme une meilleure communication et un suivi proactif, ont été jugées nécessaires dans le cadre d'une approche de soins par paliers, tout en mettant en garde contre le risque de compromettre la qualité au profit de mesures d'économie.

Le rôle vital des familles et des proches aidants⁴ a été mis de l'avant, soulignant leurs contributions à facettes multiples, souvent négligées dans les systèmes de soins de santé. Il est primordial de reconnaître les conséquences émotionnelles, mentales et financières sur le bien-être, car leur propre bien-être a une incidence importante sur les résultats pour la santé de leurs proches, ce qui souligne l'importance d'un partage d'information équilibré. Toutefois, des inquiétudes ont été exprimées quant à la difficulté de maintenir des limites entre la famille ou les proches aidants et les professionnels de la santé, ce qui pourrait entraîner des conflits d'intérêts ou des violations de la confidentialité. Il est nécessaire, mais complexe, de trouver un équilibre entre la contribution des familles ou des proches aidants et le respect de l'autonomie et de la capacité juridique des clients. On a également noté que tous les clients ne disposent pas d'un système de soutien fiable, ou d'un système de soutien qui n'est pas toujours reconnu (c.-à-d., un lien avec les animaux ou la terre), ce qui aggrave les disparités en matière de soins de santé, en particulier pour les populations marginalisées.

De même, la manière dont la réduction des méfaits a été abordée n'a pas permis de dégager un consensus, certains participants ayant fait remarquer que les versions futures du grand enjeu de la réduction des méfaits devraient privilégier une approche plus nuancée, en tenant compte des difficultés auxquelles sont confrontées les personnes ayant des besoins complexes. En reconnaissant ces difficultés, les normes peuvent davantage aider les individus à trouver l'équilibre entre autonomie et bien-être, en particulier si on considère les défis que posent les troubles concomitants de la SMSLCS qui affectent la capacité et le risque accru de discrimination. Les normes peuvent offrir des cadres plus clairs aux professionnels de la santé de sorte à favoriser l'uniformité et à améliorer les résultats.

On a reconnu qu'il était impératif de parvenir à une compréhension commune des personnes ayant des besoins complexes avant d'analyser davantage les principaux enjeux. Toutefois, il s'est avéré difficile de parvenir à un consensus sur la définition en raison des différences associées à la terminologie et à compréhension parmi les divers membres. Il s'agissait notamment de personnes ayant une expérience concrète en matière de santé liée à la consommation de

substances ou de santé mentale, ainsi que de familles ou de proches aidants défendant des proches ayant des besoins complexes. Une difficulté notable a été d'essayer de saisir tous les types de défis possibles qui pourraient être considérés comme « complexes ». Les membres ont souligné l'importance de s'assurer que l'expérience de chacun soit reflétée dans les définitions. Pour relever ce défi, le Collectif s'est mis d'accord sur la définition suivante pour les besoins de la feuille de route :

« Dans le contexte de la santé mentale et de santé liée à la consommation de substances, on entend par « besoins complexes » la présentation simultanée d'un ou de plusieurs troubles graves en matière de santé liée à la consommation de substances ou d'autres troubles mentaux, ce qui peut inclure une maladie mentale grave et persistante. L'une ou l'autre de ces situations peut s'accompagner de difficultés importantes dans divers domaines de la vie, comme la santé physique, la vie sociale, l'emploi, les affaires juridiques, le logement et le bien-être en général. Ces difficultés limitent collectivement les activités de la vie quotidienne et le niveau de fonctionnement des individus. »

Le niveau ou le degré de complexité peut varier considérablement d'une personne à l'autre en raison du nombre de domaines et de la combinaison uniques de ces domaines difficiles, du degré d'acuité et de chronicité à un moment donné, ainsi que des atouts que la personne et sa famille ou d'autres proches peuvent exploiter. Les personnes ayant des besoins complexes ont souvent besoin de services et de soutien de différents secteurs et éprouvent généralement de grandes difficultés à recevoir les services requis en raison de la fragmentation des systèmes et du manque de coordination. Les personnes ayant des besoins complexes peuvent également avoir besoin de différents services tout au long de leur vie. Compte tenu des difficultés associées à la disponibilité et à l'accès aux services et au soutien nécessaires, on considérerait que les personnes souffrant de troubles graves concomitants de la santé liée à la consommation de substances et d'autres troubles mentaux ont les besoins les plus complexes. »

4 Veuillez noter que le terme « famille et fournisseurs de soins » utilisé dans le présent document désigne au sens large les personnes qui offrent des soins sans être rémunérées, qu'il s'agisse de liens familiaux ou de cercles de soins non familiaux et informels, comme les amis, selon la décision du client. Pour certains, le soutien peut également provenir d'animaux de compagnie qui sont considérés par beaucoup comme des membres de la famille et qui font partie de leur système de soutien (p. ex., une personne qui écoute sans porter de jugement) et de leur système de soins (p. ex. la visite d'un chien de thérapie dans leur centre de traitement).



CE QUE NOUS AVONS ENTENDU LORS DE CONSULTATIONS PLUS VASTES

Outre les résultats des groupes de travail et des groupes d'étude, le CCN a mené cinq consultations distinctes afin d'élargir sa consultation de la population canadienne au sujet des caractéristiques ou des principes de la SMSLCS. Ces consultations ont été l'occasion de mobiliser le grand public à des étapes clés de l'élaboration de la feuille de route, l'objectif principal étant d'obtenir un point de vue national sur la normalisation, la SMSLCS.

Parallèlement à une vaste consultation publique, une entreprise autochtone a mené une consultation pour remédier à la représentation limitée des membres des Premières Nations, des Inuits et des Métis du Canada au sein du Collectif. Cette initiative témoigne de l'engagement du Collectif à décoloniser le système de santé en reconnaissant les services liés à la terre et en plaidant pour des soins de santé adaptés à la culture.

Outre ces vastes consultations, deux questions particulières ont été examinées, reflétant les thèmes récurrents des groupes de travail : (1) l'antiracisme et (2) le contexte unique de la santé liée à l'utilisation de substances.

Le rapport sur l'antiracisme a été lancé pour lutter contre le racisme systémique et l'inégalité d'accès aux soins de SMSLCS au Canada, qui touche de manière disproportionnée les PANC. Ces disparités ont constamment fait l'objet de discussions entre les experts participant au Collectif. Les normes peuvent perpétuer ces inégalités en renforçant des systèmes défectueux ou jeter les bases d'un changement positif. Il est donc fondamental de s'assurer que les normes nationales en matière de SMSLCS reconnaissent ces inégalités et s'emploient activement à les corriger. En approfondissant cette question, nous devons chercher à intégrer des principes

antiracistes dans le système de normalisation du Canada, afin de favoriser un système de santé plus inclusif et plus équitable.

En ce qui concerne la santé liée à la consommation de substances, même si les groupes de travail ont exploré des questions connexes, ils n'ont pas complètement abordé l'interdépendance de la santé liée à la consommation de substances avec la santé mentale et le bien-être général. Il est nécessaire de reconnaître que la santé liée à la consommation de substances est un sujet distinct, mais interrelié, sans pour autant en diminuer l'importance. La santé liée à la consommation de substances n'est pas toujours le signe d'une mauvaise santé mentale, mais lorsqu'elle est concomitante, elle peut retarder le soutien à la santé mentale, contribuer à la stigmatisation et entraver l'accès aux soins. En outre, la criminalisation de certaines substances exacerbe la stigmatisation et la discrimination, ce qui constitue un obstacle aux soins. Ces considérations soulignent l'importance d'aborder la question de la santé liée à la consommation de substances dans le cadre des travaux du Collectif.

Enfin, une consultation a été menée pour évaluer les besoins et les possibilités de programmes d'évaluation de la conformité et d'accréditation dans le domaine de la SMSLCS. L'objectif était d'établir la confiance et la crédibilité des efforts de normalisation dans le domaine de la SMSLCS parmi les personnes vivant au Canada et les parties intéressées puisque les résultats de cette consultation permettent d'éclairer le contexte plus vaste de la feuille de route.

Vous trouverez ci-dessous les grandes lignes de chacune de ces consultations, qui sont présentées dans leur intégralité en annexe.

Faits saillants des consultations

CONSULTATION AUTOCHTONE

Le CCN a retenu les services de Firelight Group pour appuyer la conception, le développement, l'administration, la logistique virtuelle et l'animation de la première consultation autochtone au Canada. L'objectif était de recueillir les points de vue des Autochtones sur les programmes, services et systèmes de SMSLCS au Canada, afin de les intégrer à la feuille de route de normalisation en SMSLCS. Ce rapport présente le contexte des enjeux de SMSLCS des Premières Nations, des Inuits et des Métis, et résume les résultats des consultations.

On a choisi les groupes de discussion comme méthode de consultation afin de générer des conversations riches entre les Premières Nations, les Inuits et les Métis de partout au pays, notamment les fournisseurs de services, les personnes ayant une expérience concrète ainsi que les professionnels des politiques. Les jeunes, les aînés et les membres de la communauté 2ELGBTQQIA+ ont également joué un rôle essentiel dans ces conversations (bispirituelles, lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres, queer, en questionnement, intersexuées et asexuées ainsi que d'autres orientations sexuelles et identités de genre). L'objectif des consultations était de comprendre l'état actuel des systèmes de SMSLCS des Premières Nations, des Inuits et des Métis partout au Canada, de définir et de décrire une vision future idéale des systèmes et des services de SMSLCS desservant les peuples autochtones, ainsi que de rechercher des perspectives sur les normes de service.

Les discussions des groupes de discussion ont révélé d'importants problèmes au sein des systèmes et services de SMSLCS actuels, comme l'absence ou l'inadéquation des services en SMSLCS, y compris les services propres aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis, l'absence de continuité des soins, la persistance du racisme envers les Autochtones et de leur stigmatisation, l'hégémonie des pratiques centrées sur l'Occident, les obstacles linguistiques et la négligence des déterminants sociaux de la santé dans les systèmes de SMSLCS.

En ce qui concerne l'avenir, les participants aux groupes de discussion envisagent les futurs systèmes et services de SMSLCS comme étant principalement axés sur la continuité des soins fondés sur les distinctions et centrés sur la communauté, qui appuient les individus, les familles et les communautés dans l'ensemble des déterminants sociaux de la santé. Ces systèmes communautaires seront reliés aux partenaires et aux administrations par la coordination et l'établissement de relations. Les fournisseurs de services et les programmes partenaires seront parfaitement compétents en matière de sécurité culturelle et offriront des soins antiracistes et tenant compte des traumatismes.

Enfin, les groupes de discussion ont examiné les avantages et les risques potentiels des normes de service et ont fait part de plusieurs considérations essentielles au moment où le Collectif a commencé à élaborer la feuille de route de normalisation. Les mots et les étiquettes sont puissants et apportent avec eux l'histoire et le contexte. Certains participants ont évité d'utiliser le langage des normes comme un concept aux répercussions coloniales et ont plutôt suggéré la notion de principes pour établir des manières de connaître, d'être et de faire qui témoignent davantage les visions du monde autochtones. Cela montre qu'il faut faire preuve d'une grande détermination et d'une grande prudence dans l'élaboration de la feuille de route et, en fin de compte, des normes. En outre, ces normes doivent être fondées sur des distinctions et assez souples pour tenir compte des différences culturelles, géographiques et communautaires.

Les groupes de discussion ont également souligné que les normes ne devaient être qu'un élément d'un système plus vaste et d'une transformation sociétale qui doivent être construits en relation avec les peuples autochtones et refléter l'autodétermination autochtone. En ce qui concerne les thèmes qui sont apparus comme des considérations importantes dans l'élaboration de normes propres aux Autochtones, les participants ont plaidé pour des soins tenant compte des traumatismes et adaptés à la culture, des soins holistiques et intégrés, une intégration de la guérison fondée sur les atouts autochtones, des relations réciproques, le recrutement et la fidélisation du personnel autochtone et l'équité.

Le rapport de consultation complet de Firelight Group figure à l'annexe C du présent document.

CONSULTATION PUBLIQUE : CONTEXTE DE LA SANTÉ MENTALE ET SANTÉ LIÉE À LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES AU CANADA

Hill and Knowlton (H&K) s'est associé au CCN pour entreprendre un processus de consultation nationale afin d'en apprendre davantage sur les défis et les possibilités entourant la normalisation de la SMSLCS au Canada. Ce processus de consultation s'est concentré sur la compréhension des soins de SMSLCS à l'échelle des services, des programmes, des politiques et des systèmes, en se fondant sur les diverses perspectives et expériences des personnes qui accèdent aux soins et les reçoivent. Il s'est déroulé en trois phases :

Phase 0 : Découvrir le paysage de la SMSLCS – novembre 2023 à septembre 2024 : H&K a effectué des recherches de base secondaires pour mieux comprendre les tendances prévalentes en matière de SMSLCS et les effets disproportionnés qu'elles ont sur les groupes méritant l'équité. Pour compléter le processus de recherche, l'équipe de consultation a entrepris des activités d'apprentissage et de renforcement des capacités afin d'être mieux équipée pour organiser des conversations inclusives et positives sur les soins de SMSLCS.

Phase 1 : Découvrir les services de SMSLCS – octobre 2023 à janvier 2024 : Pour jeter les bases du processus de consultation, H&K s'est instruit exclusivement auprès des personnes ayant une expérience concrète en les invitant à faire part de leurs perspectives et expériences sur les services de SMSLCS dans des groupes de discussion et des discussions individuelles. Les personnes ayant une expérience concrète ont été invitées à faire part de leurs réflexions et de leurs points de vue sur l'état actuel des services de SMSLCS, sur l'état futur des services qu'elles souhaitent, ainsi que sur les étapes et les actions nécessaires pour passer de l'état actuel à l'état futur.

Phase 2 : Découvrir les programmes [services] et politiques de SMSLCS – février 2024 : S'inspirant des leçons retenues de la première phase, H&K a organisé une réunion nationale à l'intention des décideurs, des fournisseurs de services, des organismes non gouvernementaux et des organisations de santé pancanadiennes, y compris des personnes ayant une expérience concrète et remplissant ces fonctions. Ces experts ont été invités à réfléchir aux leçons retenues

lors de la première phase sur les services et de santé liée à la consommation de substances et à utiliser ces connaissances pour faire le point sur l'état actuel des programmes et politiques de SMSLCS, imaginer l'état futur des programmes et des politiques et discuter du rôle de la normalisation dans la mise en œuvre des recommandations formulées par les personnes ayant une expérience concrète.

Les conversations organisées dans le cadre du processus de consultation ont commencé par interroger les participants sur leurs perspectives et leurs expériences de l'état actuel des soins de SMSLCS. Les participants ont mentionné que le système de SMSLCS était défaillant, qu'il était difficile de s'y retrouver et que ses différentes composantes ne fonctionnaient pas bien ensemble. Ils ont discuté du manque de réactivité du système et de l'existence de structures contradictoires ou qui créent des obstacles inutiles à l'accès aux soins. Les participants ont également souligné les relations entre le système de SMSLCS et le système médical, et la façon dont ces deux systèmes peuvent parfois fonctionner de manière contradictoire. Pour comprendre ce décalage, il faut en grande partie examiner la stigmatisation et le manque persistant de sensibilisation aux problèmes de SMSLCS dans les milieux médicaux et parmi le grand public ainsi que de formation connexe. Même si de nombreuses conversations se sont concentrées sur des défis importants, plusieurs exemples de travaux positifs réalisés dans les communautés ont été mis en lumière comme des études de cas à célébrer et à exploiter.

Après avoir fait le point sur l'état actuel des soins de SMSLCS, les participants ont été invités à imaginer l'état futur des soins. Les participants ont insisté sur le besoin d'adopter des approches fondées sur des données probantes, en s'appuyant sur les leçons et les pratiques exemplaires qui existent déjà et que les citoyens du pays ont déjà défendues. Les participants ont discuté de la nécessité de créer un système de SMSLCS tenant compte des traumatismes et axé sur les personnes, et ont examiné la possibilité d'établir une continuité des soins pour centrer et mettre en pratique ces philosophies tout au long du parcours de soins, y compris l'évaluation et la rétroaction de l'utilisateur pour contribuer au service et l'améliorer. Plusieurs conversations ont porté sur la réduction des obstacles systématiques qui empêchent les gens d'accéder aux soins, comme le coût, les critères rigides et le manque de coordination, et sur le besoin de s'assurer

que les soins de SMSLCS sont traités comme une partie à part entière et égale de notre système universel de soins de santé et d'autres systèmes qui garantissent que les gens reçoivent les services et l'aide dont ils ont besoin. Les participants ont souligné le rôle important que les normes pourraient jouer dans la mise en œuvre de ces principes et pratiques et dans la prestation de soins intégrés, adaptés et de grande qualité.

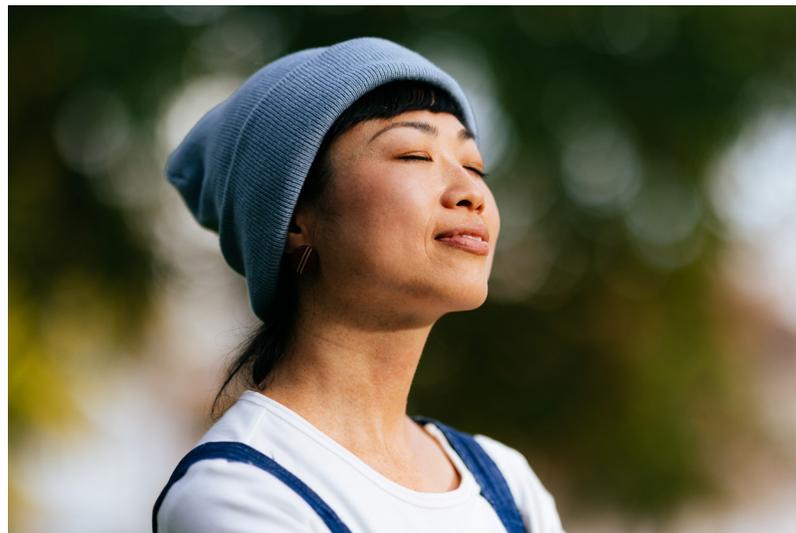
Pour tout rassembler, les participants ont exploré les étapes et les actions à entreprendre pour que les systèmes et services de SMSLCS passent de l'état actuel à l'état futur. Ils ont commencé par mentionner que, même s'ils comprennent que la mise en œuvre de normes est une entreprise de longue haleine, des mesures urgentes doivent être prises pour éviter que des personnes ne meurent et ne subissent d'autres préjudices. Ils ont présenté d'autres étapes qui exigent la formulation de nouvelles politiques ou la révision et l'éventuelle modification des politiques existantes. Ils ont présenté des actions concrètes qui auraient une incidence directe sur l'accès aux soins et leur qualité, notamment la création d'un point d'accès central au sein de la communauté, la prestation de services plus flexibles, l'augmentation ou la réaffectation du financement des services et l'élaboration de programmes de formation et d'éducation dans les différents secteurs de la société. En entreprenant toutes ces démarches et actions, les participants ont souligné le rôle central que doivent jouer les personnes ayant une expérience concrète dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des changements à l'échelle des services, des programmes, des politiques et des systèmes.

Le rapport de consultation complet de Hill & Knowlton se trouve à l'annexe D du présent document.

ANTIRACISME ET SANTÉ MENTALE ET SANTÉ LIÉE À LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES

En 2019, le CCN a publié un rapport sur le genre et la normalisation, qui souligne que l'incidence des normes n'est pas neutre et que celles-ci sont façonnées par ceux qui participent à leur élaboration. Le rapport met en évidence un constat préoccupant : les normes n'offrent pas le même niveau de protection aux femmes qu'aux hommes, en partie à cause de la sous-représentation des femmes dans l'élaboration des normes et du manque d'expertise en matière d'égalité des sexes dans le processus. Pour remédier à cette disparité, [le CCN a élaboré une stratégie de normalisation adaptée aux genres](#) visant à accroître la représentation des hommes et des femmes, à intégrer l'expertise en matière d'égalité des sexes dans la normalisation et à mener des recherches pour cerner et corriger les inégalités entre les hommes et les femmes. Par conséquent, les considérations relatives aux genres ont pris de l'importance au sein du CCN, et le leadership national contribue également à intégrer ces considérations dans l'élaboration des normes internationales.

En s'appuyant sur le succès des efforts du CCN dans la promotion de normes tenant compte des questions de genre, une approche semblable pourrait être élargie aux questions de race et d'antiracisme, favorisant ainsi un système de normalisation plus représentatif et plus équitable. Axée dans un premier temps sur les normes en SMSLCS, cette approche pourrait, à terme, englober un



examen plus vaste du racisme systémique à l'échelle du système. Alors que le Collectif reconnaît les nombreuses identités qui peuvent mener à des inégalités lors de l'accès aux services de SMSLCS et l'expérience connexe, le travail de ce groupe s'est concentré sur la race.

Pour faciliter cette expansion, le CCN a fait appel aux services de Firelight Group pour réaliser plusieurs séances et entrevues avec les PANC membres du Collectif dans le but de rédiger un rapport pour la feuille de route qui aborde les défis uniques auxquels sont confrontées les communautés racialisées, en particulier les PANC, qui rencontrent des obstacles disproportionnés à l'accès à des soins de qualité en raison du racisme et de la discrimination systémiques. En explorant le recoupement du racisme et de la SMSLCS, le rapport vise à fournir une compréhension globale des déterminants sociaux complexes qui influencent les résultats dans ces domaines. Il met l'accent sur l'adoption d'approches antiracistes dans la prestation des soins de santé afin de garantir un accès et un soutien équitables à tous les individus, indépendamment de leur origine ou de leur appartenance ethnique.

Le racisme est présent à différents niveaux des systèmes et des services de SMSLCS, des préjugés interpersonnels à la discrimination institutionnalisée. Les PANC sont souvent confrontées à des obstacles aux soins, à des services non adaptés sur le plan culturel et sont touchées de manière disproportionnée par la sur criminalisation. Ces défaillances systémiques exacerbent les problèmes de SMSLCS, ce qui entraîne de moins bons résultats en matière de santé et perpétue les cycles de marginalisation.

Pour lutter efficacement contre le racisme au sein des systèmes et services de SMSLCS, une approche à facettes multiples est nécessaire :

- Réformes législatives : donner la priorité à l'accès équitable aux soins par des mesures législatives qui reconnaissent et abordent les obstacles systémiques auxquels sont confrontées les communautés de PANC.
- Cadres de modestie culturelle et de sécurité: adopter des cadres de modestie culturelle et de sécurité à l'égard de la prestation de services qui se concentrent sur les expériences et les besoins des diverses communautés et engendre à la fois la transformation des programmes et du système.
- Programmes propres à la communauté : élaborer des programmes sur mesure fondés sur des approches

reposant sur les atouts, en reconnaissant et en tirant parti de la résilience et des atouts des communautés de PANC.

- Suivi et évaluation : mettre en œuvre des mécanismes rigoureux de suivi et d'évaluation des progrès, élaborés en collaboration avec les communautés, afin de relever les domaines à améliorer et de responsabiliser les institutions.

En mettant l'accent sur l'antiracisme et l'équité dans l'élaboration des normes, le Collectif vise à démanteler le racisme systémique au sein des systèmes et services de SMSLCS et à ouvrir la voie à une plus grande équité et à une plus grande inclusion. Il faut donc recueillir les points de vue des PANC, recenser les pratiques efficaces pour prévenir le racisme et y répondre, et s'assurer que les normes contribuent activement au démantèlement des inégalités systémiques. Des efforts continus pour amplifier la voix des communautés de PANC, plaider en faveur de réformes législatives et favoriser des partenariats fondés sur l'équité et l'antiracisme sont indispensables pour créer un système de soins de santé qui soit véritablement au service de chaque individu, quelle que soit sa race ou son appartenance ethnique, et qui l'améliore.

Le rapport complet de Firelight Group sur l'antiracisme figure à l'annexe E du présent document.

LE CONTEXTE UNIQUE DE LA SANTÉ LIÉE À LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES

Le CCN s'est associé au Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS) pour présenter un rapport sur le contexte unique de la santé liée à la consommation de substances.

Lorsqu'on considère les aspects de la santé, on convient généralement qu'il existe un spectre allant du bien-être à la maladie sur lequel un individu peut se trouver. Leur position sur ce spectre peut changer au fil du temps et des situations, ou dépendre de l'aspect de la santé considéré. Par exemple, la santé physique d'une personne peut être considérée comme « bonne » un jour et changer brusquement le lendemain à la suite du diagnostic d'une maladie grave. Un autre exemple est celui d'une personne qu'on considère qui va « bien » dans l'ensemble, mais qui souffre d'une blessure persistante à l'épaule qui réapparaît lorsqu'elle joue au tennis. Cette conception de la santé est fluide et flexible. Elle reconnaît les nuances des différentes



expériences de vie et permet à chaque individu d'avoir sa propre compréhension et perception de sa santé physique.

La consommation d'alcool et d'autres drogues n'a pas été considérée de la même manière au cours de l'histoire. Conscients de l'importance du langage pour influencer les perceptions et la stigmatisation, la Community Addictions Peer Support Association (CAPSA) et d'autres experts clés ont défendu l'utilisation de l'expression « santé liée à la consommation de substances ». Au lieu de se concentrer uniquement sur la consommation et les problèmes qui y sont liés, un cadre de santé pour la consommation de substances reconnaît un spectre qui peut inclure l'absence de consommation, une consommation bénéfique, une consommation qui pose des risques aigus ou chroniques, et une consommation qui peut être catégorisée comme un trouble lié à la consommation de substances. Aucune des composantes du spectre ne s'exclut mutuellement. Le fait de conceptualiser la santé liée à la consommation de substances de la même manière que la santé physique et mentale permet à toutes les personnes vivant au Canada de se situer sur ce spectre. Cela peut contribuer à lutter contre l'exclusion et la stigmatisation dont sont victimes les personnes étiquetées comme « toxicomanes ». Il permettra également d'apporter un soutien aux individus à n'importe quel stade du spectre, ce qui facilitera la

détection des problèmes et l'intervention avant qu'un individu ne subisse des dommages graves.

Un encadrement de la santé liée à l'utilisation de substances offre la possibilité d'une éducation, d'une promotion de la santé et d'une prestation de services inclusives, et permettra d'intégrer les soins de santé liés à l'utilisation de substances dans les services et les aides de manière plus générale. Cependant, certaines composantes de la santé liée à la consommation de substances sont distinctes et doivent être prises en compte lors de l'élaboration de politiques et de programmes.

Le rapport complet du CCDUS sur la santé liée à la consommation de substances figure à l'annexe F du présent document.

LE RÔLE DE L'ÉVALUATION DE LA CONFORMITÉ

Le CCN s'est associé à l'Organisation des normes en santé (ONS) pour évaluer les besoins et les possibilités de programmes d'évaluation de la conformité dans le domaine de la SMSLCS.

Dans le domaine de la normalisation, l'accréditation fait référence à la reconnaissance officielle, par un tiers, d'un organisme indépendant (généralement connu sous le nom d'organisme d'accréditation, comme le Conseil canadien des normes) qu'une organisation est compétente pour effectuer des tâches spécifiques – le travail pour lequel elle est accréditée. Il peut être volontaire ou imposé par le gouvernement. Il s'agit d'un processus d'amélioration continue de la qualité visant à démontrer que les normes prescrites à l'échelle internationale ou nationale ont été respectées. L'évaluation de la conformité consiste à déterminer si un produit, un service ou un système répond aux exigences d'une norme particulière.

Tout au long de ce rapport, le terme « accréditation » est utilisé d'une manière habituelle dans le secteur des soins de santé; une interprétation de sa signification est l'évaluation de la conformité et l'amélioration continue de la qualité.

Dans le cadre de cette initiative, des recherches approfondies, une analyse des données probantes et un vaste engagement, notamment des entretiens, des enquêtes et des discussions, ont été menés avec des personnes ayant une expérience concrète, des experts autochtones, des fournisseurs de services sociaux et de santé, des pouvoirs publics, des organisations à but non lucratif, des chercheurs, des universitaires et des organismes d'accréditation. L'objectif de cette consultation était de recenser les atouts, les limites et les améliorations potentielles des processus d'évaluation de la conformité.

Tout au long de ces consultations, le sentiment que l'évaluation de la conformité peut jouer un rôle clé dans l'amélioration des systèmes et des services de SMSLCS a été clairement exprimé. Les personnes interrogées ont souligné le rôle de l'évaluation de la conformité dans la mise en place de soins de qualité, l'amélioration continue, le renforcement de la réputation de l'organisation, l'amélioration de la sécurité, la promotion de la normalisation et l'établissement d'une référence pour les pratiques exemplaires. Toutefois, les conversations ont également révélé les limites notables perçues de l'évaluation de la conformité, notamment une

représentation inadéquate des communautés et des individus divers, des coûts financiers et des ressources élevés, des programmes trop complexes et gourmands en ressources, une supervision insuffisante menant à une mise en œuvre superficielle, des lacunes en matière de compétences culturelles et un manque d'accent sur les résultats pour la santé.

Les recommandations formulées dans le présent rapport visent à remédier aux limites recensées et comprennent les éléments suivants :

1. Importance de la collaboration axée sur le client
2. Maintenir des normes et des programmes d'accréditation opportuns et pertinents
3. Compétence culturelle et sensibilité aux normes et aux programmes d'accréditation
4. Processus d'accréditation optimisé
5. Améliorer la connaissance et la compréhension des normes et de l'accréditation
6. L'accréditation comme levier pour construire une culture de la qualité et de la sécurité
7. Importance accordée aux soins intégrés dans les normes et les programmes d'accréditation
8. Réduire les obstacles à la mise en œuvre des programmes d'accréditation

Ces recommandations peuvent contribuer à la transformation du secteur de la SMSLCS, de la résolution des problèmes et de la promotion d'un système plus axé sur les personnes, plus inclusif et plus réactif.

Le rapport complet de l'ONS figure à l'annexe G du présent document.

La lutte contre la stigmatisation, la discrimination, les inégalités systémiques et les lacunes dans la prestation des services de SMSLCS au Canada exige une approche globale. En intégrant diverses perspectives, en donnant la priorité à l'inclusivité et à la responsabilité par la normalisation, les parties intéressées peuvent collaborer à la création d'un système de soins de santé plus équitable et plus efficace pour l'ensemble des personnes vivant au Canada. Grâce à une action collective et à un engagement en faveur de l'amélioration continue, l'objectif d'offrir à tous des soins de SMSLCS de haute qualité peut être atteint.



Enjeux et recommandations

Cerner les principaux enjeux

En 2022, le Collectif a commencé à cerner les domaines prioritaires pour la feuille de route, pour finalement se limiter à vingt-quatre (24) enjeux en raison de la vaste portée de la complexité et des enjeux en matière de SMSLCS. Reconnaisant l'importance des normes dans ces domaines, en particulier compte tenu de la nature décentralisée de la gouvernance dans les provinces et les territoires, elles ont été considérées comme des outils essentiels adaptables d'une administration à l'autre. La consultation continue des gouvernements, des décideurs politiques, des professionnels de la santé et des personnes ayant une expérience concrète est essentielle pour favoriser la confiance du public dans le système de soins de SMSLCS du Canada, et constitue le fondement de notre cadre. Cette confiance est renforcée non seulement par l'élaboration de nouvelles normes, mais aussi par le soutien

apporté aux politiques publiques et à la législation. Une normalisation appropriée garantit aux Canadiens l'accès aux produits, systèmes et services les plus sûrs et de la plus haute qualité pour les personnes vivant au Canada.

Les groupes de travail et leurs groupes d'action respectifs se sont réunis en ligne pour définir les enjeux sélectionnés, les secrétariats du CCN contribuant au répertoire des normes existantes, à l'analyse des lacunes et à la rédaction de la feuille de route. En adoptant une méthodologie de recherche participative, tous les membres du groupe de travail ont joué le rôle d'experts en la matière, apportant leur point de vue sur le processus de production de connaissances (c.-à-d., l'élaboration de la feuille de route). Chaque groupe de travail et secrétariat a suivi ces étapes pour schématiser le paysage des normes publiées en rapport avec chaque enjeu.

Diagramme 1 : Définition du paysage normatif



Au total, environ 1 387 normes et autres documents de référence ont été recensés pour les vingt-quatre (24) thèmes (une méthodologie de sélection détaillée figure à l'annexe J). Selon une liste préliminaire de normes et d'autres documents publics, ainsi que des discussions des groupes de travail et des groupes d'action, les secrétariats ont recensé les lacunes des normes nationales actuelles pour chaque enjeu principal. Une « lacune » a été définie comme l'absence de norme, de spécification ou d'un autre type de document publié couvrant l'enjeu en question.

La feuille de route est complétée par le paysage de SMSLCS, un tableau de normes directement ou indirectement liées aux questions décrites dans la feuille de route, qui figure à l'annexe K.

Comme il a déjà été mentionné, la feuille de route aborde les domaines prioritaires définis par consensus fédéral, provincial et territorial en 2017. Ces domaines prioritaires sont complexes et dynamiques, en constante évolution et adaptation, et impliquent de multiples parties. On a reconnu dès le départ que la SMSLCS pouvaient être abordées selon différentes perspectives et différents modèles.

Pour ce faire, les activités ont été structurées en quatre grands domaines, eux-mêmes divisés en quatre groupes de travail : (1) Fondement et intégration, (2) Intégration des services en santé primaires, (3) Enfants et jeunes, (4) Personnes ayant des besoins complexes. Dans ces domaines, de vastes sujets pertinents pour les normes et les programmes d'évaluation de la conformité en matière de SMSLCS ont été définis.

Recommandations

Un résumé des recommandations relatives aux vingt-quatre (24) enjeux examinés est présenté. Ces recommandations visent à orienter les discussions futures sur la manière de combler les lacunes recensées et à démontrer comment la normalisation peut renforcer la confiance en offrant des lignes directrices claires, des pratiques cohérentes, des produits sûrs et des protocoles fiables. Ces résumés ne sont pas exhaustifs et doivent être lus parallèlement à l'annexe A, qui contient des résumés plus complets des discussions des groupes de travail et des groupes de projet à propos des principaux enjeux. Lors de l'élaboration des plans d'action visant à mettre en œuvre chaque recommandation, on conseille d'examiner chaque enjeu en même temps que les rapports de consultation et le paysage normatif figurant à l'annexe K. En outre, une version condensée du paysage, comprenant une liste de normes et d'autres documents normatifs directement pertinents, figure à l'annexe B.

Groupe de travail 1 : Fondement et intégration

Enjeu 1 – Terminologie et langage exempts de stigmatisation et axés sur un consensus

Portée : Il est nécessaire d'établir une terminologie exempte de stigmatisation et axée sur un consensus pour les discussions et les services de SMSLCS afin de lutter contre la stigmatisation, d'améliorer l'accès aux soins et d'éliminer les obstacles auxquels sont confrontées les communautés marginalisées, en garantissant l'inclusion et une représentation précise dans les soins de santé.

Recommandation : Examiner les normes existantes et les lignes directrices élaborées afin d'établir et d'évaluer une terminologie et un langage propres au contexte, exempts de stigmatisation, axés sur les personnes, inclusifs, tenant compte des traumatismes et axés sur un consensus.

Enjeu 2 – Différents types de données probantes et d'expériences

Portée : La lutte contre les préjugés et la discrimination systémique dans les soins de santé exige une analyse impartiale et des conclusions produites dans une optique d'équité et d'inclusion, en reconnaissant l'influence du racisme systémique, du colonialisme et des préjugés dans la collecte et l'interprétation des données.

Recommandation : Suivant une approche diversifiée et inclusive, élaborer des normes qui définissent et établissent ce que les données probantes supposent, comment l'expérience peut éclairer les données probantes et être reconnue d'une manière qui ne laisse personne de côté dans la prestation de soins de SMSLCS

Enjeu 3 – Mécanismes de redevabilité et d'évaluation

Portée : Les mécanismes de redevabilité et d'évaluation garantissent la responsabilité, la surveillance et l'amélioration continue des services de SMSLCS, en favorisant la transparence, la prestation équitable de soins et en tenant compte des considérations culturelles.

Recommandation : Élaborer des normes pour des mécanismes de redevabilité et d'évaluation inclusifs afin d'obtenir des soins de qualité en matière de santé mentale, de santé liée à la consommation de substances et de maladie mentale.

Enjeu 4 – Droits de la personne et équité fondamentale en matière de santé

Portée : L'intégration des droits de la personne, de l'équité et des mécanismes de redevabilité dans les services de SMSLCS est essentielle pour créer un système de soins de santé inclusif qui s'attaque aux disparités et respecte l'autonomie individuelle et la diversité culturelle.

Recommandation : Élaborer des normes qui prévoient des directives sur la manière de mettre en œuvre l'équité en matière de santé pour tous et de placer le droit des personnes à la santé au cœur de la prestation de services, des soins et des traitements en SMSLCS.

Enjeu 5 — Principes et approches de la réduction des méfaits

Portée : L'intégration des principes de réduction des méfaits dans les services de SMSLCS doit cadrer avec les principes d'équité, d'accès, d'autonomie et de dignité, en mettant l'accent sur une approche axée sur les personnes tout en reconnaissant les traumatismes historiques et intergénérationnels.

Recommandation : Ces normes de réduction des méfaits peuvent garantir que les services sont fournis selon une approche sûre, exempte de stigmatisation, axée sur les personnes et inclusive, et fournir des directives sur les pratiques exemplaires pour respecter l'autonomie des clients tout en préservant leur vie et leur santé.

Enjeu 6 — Systèmes de connaissances des Inuits, des Métis et des Premières Nations, et droits inhérents et en matière de traités

Portée : L'intégration des systèmes de connaissances autochtones dans les services de SMSLCS est essentielle pour défendre les droits de la personne et l'autodétermination des Inuits, des Métis et des Premières Nations et pour garantir un accès équitable aux soins dans un cadre de décolonisation.

Recommandation : Élaborer des normes pour la prestation de services de SMSLCS propres aux besoins des Premières Nations, des Inuits et des Métis, et adaptées aux besoins distincts de leurs communautés et de détenteurs de droits distincts.

Enjeu 7 — Vie privée et confidentialité en matière de SMSLCS

Portée : Le secteur de la SMSLCS joue un rôle dans le traitement des questions sensibles liées à la vie privée et à la confidentialité, en garantissant un accès équitable aux soins pour les populations vulnérables.

Recommandation : Élaborer des normes pour assurer le partage des responsabilités entre le client et les professionnels de la santé en ce qui concerne l'accès et le contrôle de l'information privée et personnelle et la collecte d'informations générales collatérales. Élaborer des normes propres à l'administration concernant l'implication des familles tout en tenant compte des différences culturelles et des caractéristiques des communautés.

Enjeu 8 — Qualité des services de santé atteignable en abordant efficacement les déterminants sociaux de la santé

Portée : Les services de SMSLCS doivent tenir compte des déterminants sociaux de la santé afin d'assurer un accès équitable à des soins de qualité et de réduire les inégalités en matière de santé dans tous les secteurs.

Recommandation : Élaborer des normes pour gérer efficacement les déterminants sociaux de la santé afin de garantir une santé de qualité pour tous. Ces normes devraient établir une corrélation entre les déterminants sociaux de la santé et la prestation de services de santé de qualité, et ne pas se limiter au secteur de la SMSLCS.

Enjeu 9 — Santé, formation et compétences du personnel

Portée : Comblent les lacunes liées à la santé de la main-d'œuvre, à la formation continue et au perfectionnement des compétences dans le secteur de la SMSLCS.

Recommandation : Élaborer des normes visant à améliorer la santé, la formation et les compétences des professionnels en SMSLCS.



Enjeu 10 — Continuité et transition des soins

Portée : Améliorer la continuité et la transition des soins dans le domaine de la SMSLCS en mettant en œuvre des normes de réduction des méfaits et des normes centrées sur les personnes, ainsi qu'un accès coordonné aux soins au Canada.⁵

Recommandation : Achever les travaux sur la continuité et la transition des soins en fonction des normes existantes. Ces normes supplémentaires peuvent être axées sur l'élaboration de définitions axées sur un consensus à l'égard des concepts susceptibles d'être interprétés différemment du point de vue du client et de celui du médecin, comme la coordination, l'accès, l'intégration, etc.

Groupe de travail 2 : Intégration des services en santé primaires

Enjeu 11 — Accès en temps opportun aux soins de santé mentale et de santé liée à la consommation de substances

Portée : L'accès rapide et coordonné aux soins de SMSLCS est fondamental à l'aide d'approches de soutien, axées sur les personnes et tenant compte des traumatismes, afin de réduire les obstacles et d'améliorer les résultats, en particulier pour les populations mal desservies.

Recommandation : Que des directives soient élaborées afin d'améliorer l'accès aux services de SMSLCS, en particulier grâce à de meilleures connexions avec le système de soins de santé primaires.

Enjeu 12 — Continuité des soins

Portée : L'intégration dans la continuité des systèmes de soins de SMSLCS est impérative pour assurer la continuité des soins, en tenant compte de l'autonomie individuelle, des circonstances et de la cooccurrence potentielle des problèmes, tout en garantissant des mécanismes de financement équitables.

Recommandation : Que des directives normalisées soient élaborées pour définir la meilleure façon d'intégrer la continuité des soins, qui englobe l'éducation, la prévention, l'intervention précoce, la santé publique, les soins primaires, les soins de courte durée, le traitement, le suivi, le soutien communautaire et les déterminants sociaux de la santé, afin d'améliorer l'équité et l'accès aux soins de SMSLCS pour les personnes au Canada.

Enjeu 13 - Assurance de la qualité des applications numériques de SMSLCS

Portée : L'assurance de la qualité des applications numériques de SMSLCS est nécessaire pour garantir le respect des normes de qualité, la confidentialité des données et des conseils fondés sur des données probantes et tenant compte des traumatismes, éventuellement par l'entremise d'un système de certification pour les applications fiables.

⁵ En ce qui concerne la continuité et la transition des soins, de nombreuses discussions ont porté sur le fait que le système de traitement doit tenir compte de la personne dans son ensemble et de ses objectifs. Cette définition de l'ensemble des besoins et des objectifs de la personne aiderait à déterminer ce dont elle a besoin dans le service et au-delà, et ce que l'équipe clinique doit faire pour garantir des soins complets, la continuité et la transition efficaces.

Recommandation : Examiner la possibilité d'établir un système d'évaluation de la conformité pour les applications numériques de SMSLCS et, le cas échéant, mettre en place ce système.

Enjeu 14 — Compétences comportementales et techniques et perfectionnement du personnel pour les personnes impliquées dans les soins de SMSLCS au Canada

Portée : Il est impératif de normaliser les compétences des professionnels de la SMSLCS pour assurer des soins équitables et tenant compte des traumatismes, en mettant l'accent sur l'élimination de la stigmatisation et des préjugés, et en apportant un soutien aux familles et aux proches aidants.⁶

Recommandation : Élaborer une série de directives normalisées prescrivant des compétences comportementales et techniques pour le personnel chargé de protéger la SMSLCS des Canadiens.

Enjeu 15 — Service mobile d'intervention et de soins en cas de crise

Portée : Les unités mobiles d'intervention en cas de crise peuvent offrir des soins urgents, une stabilisation et un transport vers les établissements appropriés, ce qui pourrait soulager les services d'urgence, avec des directives nationales intégrant les pratiques exemplaires et la coordination pour une prestation de soins optimale.

Recommandation : Que des directives nationales soient élaborées sur la manière d'établir, de gérer et de coordonner les unités mobiles de soins en cas de crise pour des personnes en situation de crise sur le plan de la SMSLCS.

Groupe de travail 3 : Enfants et jeunes

Enjeu 16 — Soins en partenariat avec la jeunesse

Portée : Les jeunes ont des besoins distincts en matière de SMSLCS, ce qui oblige les fournisseurs de soins à considérablement les mobiliser, à tenir compte de leur situation particulière, à donner la priorité à la prévention et aux stratégies d'adaptation positives, et à proposer des interventions fondées sur des données probantes dans le cadre d'un modèle de partenariat avec les jeunes, exempt de stigmatisation et de jugement.

Recommandation : Qu'un document normatif soit élaboré pour (A) souligner ce à quoi les jeunes peuvent attendre des fournisseurs de soins lorsqu'ils cherchent à obtenir des interventions en matière de SMSLCS, et (B) offrir des conseils aux fournisseurs de soins sur la manière d'établir des partenariats avec les jeunes et de les impliquer de manière réelle dans leurs décisions en matière de soins de santé.

Enjeu 17 — Promotion de soins en partenariat avec la jeunesse qui sont équitables, accessibles et qui reflètent la culture et l'identité

Portée : Les jeunes ont besoin de soins de SMSLCS qui sont équitables, qui reflètent la culture, tiennent compte des traumatismes et qui sont axés sur les jeunes, en se concentrant sur la promotion de l'autonomie, la réduction des temps d'attente, la lutte contre les disparités de financement et le respect des besoins des personnes impliquées dans le système pénitentiaire.

Recommandation : Que des directives soient élaborées pour établir et promouvoir l'accès à des soins équitables et respectueux de la culture et de l'identité des jeunes.

⁶ On a également noté qu'il était important de s'assurer que les professionnels de la santé dans le cadre de leur portée sont soutenus dans l'utilisation de l'ensemble de leurs compétences et qu'ils restent à jour et pertinents, et que les limites professionnelles soient reconnues.

Enjeu 18 — Processus et outils de dépistage systématique pour les jeunes

Portée : Des processus et des outils de dépistage efficaces pour les enfants et les jeunes donnent la priorité à un partenariat avec l'individu, luttent contre la stigmatisation, assurent une intervention précoce, garantissent un accès rapide aux soins et favorisent des transitions harmonieuses entre les fournisseurs tout en respectant la confidentialité et la souveraineté des données.

Recommandation : Que des directives soient élaborées pour décrire comment élaborer des processus et des outils de dépistage systématique qui donnent la priorité à la faculté d'agir de la jeunesse et aident les enfants et les jeunes à accéder aux soins de santé mentale ou de santé liée à la consommation de substances dont ils ont besoin en temps opportun.

Enjeu 19 — Communication et collaboration dans le cadre de la continuité des soins pour les enfants et les jeunes

Portée : Une communication et une collaboration efficaces entre les parties intéressées, y compris les familles, les écoles et les fournisseurs de soins de santé, sont nécessaires pour appuyer la SMSLCS des jeunes, en assurant une intervention précoce, des soins personnalisés et une continuité tout au long de la transition des soins.

Recommandation : Que des directives soient élaborées pour faciliter la communication et la collaboration entre les jeunes, les familles ou les familles choisies, les organisations communautaires et la continuité des soins afin d'améliorer ou de préserver la SMSLCS des jeunes.

Enjeu 20 — Soins de santé liée à la consommation de substances pour les jeunes

Portée : Les jeunes qui souhaitent obtenir des soins de santé liés à la consommation de substances ont besoin d'un soutien adapté à leur développement, axé sur l'éducation, l'intervention précoce, la réduction des méfaits fondée sur des données probantes et le traitement des

problèmes concomitants de SMSLCS, en garantissant l'accès aux soins indépendamment des approches fondées sur l'abstinence ou de l'implication dans les systèmes pénitentiaires ou de protection de l'enfance.

Recommandation : Que des directives soient élaborées afin de définir des stratégies efficaces pour soutenir la santé des jeunes liée à la consommation de substances psychoactives par l'éducation, l'intervention précoce et la réduction des méfaits fondée sur des données probantes.

Enjeu 21 — Soutien aux proches aidants qui accompagnent les jeunes

Portée : La famille, la famille choisie et les proches aidants jouent un rôle dans le soutien des jeunes ayant des problèmes de SMSLCS, et doivent avoir accès à des informations, des ressources et des systèmes de soutien adaptés à leur culture et tenant compte de leurs diverses identités.

Recommandation : Des outils devraient être mis au point pour offrir les ressources et le soutien nécessaires aux adultes qui s'occupent des jeunes (famille, famille choisie, autres adultes importants) et qui appuient la santé et le bien-être des jeunes.

Groupe de travail 4 : Personnes ayant des besoins complexes

Enjeu 22 — Soins de santé axés sur les personnes et cocréation de soins

Portée : Les soins axés sur les personnes et tenant compte des traumatismes sont essentiels pour les personnes ayant des besoins complexes. Elle donne la priorité à leurs objectifs et préférences uniques, tout en abordant la santé physique, mentale et la santé liée à

la consommation de substances, ainsi que le bien-être social, tout en protégeant les droits et l'autonomie des clients. Pour mettre en place une approche coordonnée des soins, il faut apporter des changements systémiques comme des normes et des politiques pancanadiennes élaborées en collaboration avec les personnes ayant une expérience concrète, ainsi qu'avec les familles et les proches aidants.

Recommandation : Pour mettre en œuvre efficacement les soins axés sur les personnes, il est impératif de procéder à des changements systémiques, notamment en élaborant des normes, des directives et des politiques en collaboration avec des personnes ayant une expérience concrète, ainsi qu'avec les familles et les proches aidants. Cette approche collaborative favorisera une culture centrée sur les personnes au sein des établissements cliniques et apportera un soutien essentiel aux familles et aux proches aidants qui doivent faire face à la complexité des soins.

Enjeu 23 — Valorisation du rôle des familles et des proches aidants qui accompagnent les personnes ayant des besoins complexes, et reconnaissance de leurs propres besoins en matière de services et de soutien

Portée : Les familles et les proches aidants des personnes ayant des besoins complexes jouent un rôle crucial dans le système de santé et apportent un soutien essentiel. Cependant, ils sont souvent confrontés à des difficultés comme des traitements sous-optimaux et des relations tendues en raison de leur fonctionnement indépendant du système de santé. Il est important de reconnaître les conséquences émotionnelles, mentales et financières de leur rôle et de les inclure en tant que partenaires clés dans les soins de santé mentale et de santé liée à la consommation de substances.

Recommandation : L'élaboration de normes rigoureuses est impérative pour combler les lacunes recensées dans la « Valorisation du rôle des familles et des proches aidants qui accompagnent les personnes ayant des besoins complexes, et reconnaissance de leurs propres besoins en matière de services et de soutien ». Pour répondre à l'évolution des besoins des proches aidants et des personnes ayant des besoins complexes tout au long de leur vie, on recommande d'établir des normes

nationales qui soulignent l'importance des familles et des proches aidants. Ces normes devraient préciser comment les fournisseurs de soins de santé peuvent mobiliser efficacement les proches aidants et les réseaux de soutien dans la planification des soins, la prise de décision et les processus de traitement, tout en préservant l'autonomie des clients.

Pour améliorer ces normes, il convient de tenir compte de plusieurs aspects essentiels. Tout d'abord, compte tenu des difficultés auxquelles sont confrontées les familles en raison des différentes interprétations de la Loi sur la santé mentale, on recommande d'établir un processus formel de révision des lois provinciales avec une vision claire et un objectif d'uniformisation. Bien qu'il y ait des ressemblances parmi les 13 administrations, des différences nuancées dans les lois de chaque province font en sorte qu'il est difficile pour les parents de s'y retrouver dans les systèmes de soins de santé. Les efforts de collaboration et l'uniformisation des exigences légales et réglementaires aideront les parents à naviguer efficacement dans les processus de soins de santé.

Deuxièmement, un aspect essentiel de ces normes devrait consister à reconnaître l'évolution des besoins des proches aidants et des personnes ayant des besoins complexes à différentes étapes de la vie. Cela peut exiger la création de modèles de soutien adaptables qui peuvent être personnalisés pour répondre aux circonstances spécifiques et aux défis auxquels sont confrontés les aidants et les personnes dont ils s'occupent.



Troisièmement, pour garantir une mise en œuvre réussie, on conseille d'instaurer des programmes de formation ciblés pour les professionnels de la santé. Ces programmes peuvent aider les professionnels à mieux comprendre le rôle essentiel de la participation des aidants et proposer des stratégies pratiques pour mobiliser efficacement les réseaux de soutien. Cette initiative peut favoriser une culture de collaboration et de partenariat entre les fournisseurs de soins de santé, les réseaux de soutien et les proches aidants, contribuant ainsi à des soins plus holistiques et plus efficaces. En outre, les programmes de formation devraient inclure des conseils sur la manière de s'y retrouver dans les lois relatives à la protection de la vie privée et à la confidentialité, afin de s'assurer qu'elles n'entravent pas les soins.

Enfin, il est essentiel d'intégrer la formation et les considérations relatives à la compétence culturelle aux normes. Reconnaisant la diversité des origines des proches aidants et des personnes ayant des besoins complexes, les normes devraient préconiser des approches adaptées qui respectent les sensibilités culturelles et favorisent des pratiques de soins inclusives.

En conclusion, l'établissement de normes nationales complètes qui donnent la priorité au rôle des familles et des proches aidants dans le soutien aux personnes ayant des besoins complexes est une étape essentielle vers des soins de SMSLCS plus inclusifs, plus axés sur les personnes et plus efficaces. En relevant les défis liés aux différences législatives, en reconnaissant l'évolution des besoins des proches aidants, en offrant une formation ciblée aux professionnels de la santé et en faisant la promotion de la compétence culturelle, ces normes peuvent considérablement améliorer la qualité des soins offerts partout au pays. Grâce à la collaboration et à un engagement commun en faveur du bien-être des individus et de leurs réseaux de soutien, nous pouvons mettre en place un système de santé plus solidaire et plus réactif pour tous les Canadiens.

Enjeu 24 — Continuité des soins pour les personnes ayant des besoins complexes

Portée : La « continuité des soins » englobe divers services de santé fournis aux individus au fil du temps, adaptés à leurs besoins et tenant compte des déterminants sociaux de la santé. Les lacunes actuelles entravent la continuité des soins, en particulier pour les personnes ayant des besoins complexes. Une évaluation complète, menée conjointement par des personnes ayant une expérience de vie et des familles ou des proches aidants, en collaboration avec des professionnels de la santé, est nécessaire pour cerner les lacunes spécifiques, hiérarchiser les perspectives et améliorer les résultats des soins.

Recommandation : Procéder à une évaluation approfondie afin de recenser les lacunes spécifiques le long de la continuité des soins, y compris les obstacles à l'accès, la fragmentation des services et les disparités dans la prestation des soins. Cette évaluation doit être menée conjointement par des personnes ayant une expérience concrète et des familles ou des proches aidants, en collaboration avec des professionnels de la santé. En permettant aux personnes ayant une expérience concrète, ainsi qu'aux familles et aux proches aidants, de jouer un rôle de premier plan dans le processus d'évaluation, leurs points de vue, leurs besoins et leurs préférences peuvent être considérés comme prioritaires et centrés. Cette approche collaborative garantit que l'évaluation est menée avec une compréhension approfondie des défis auxquels sont confrontées les personnes directement concernées, ce qui permet d'obtenir des informations plus importantes et des solutions plus efficaces.



Prochaines étapes

Cette feuille de route est une première version visant à relever les défis pressants du système de soins de SMSLCS au Canada. Guidé par les récentes actions gouvernementales et les efforts de collaboration, il offre une voie permettant d'aborder de manière uniforme et complète les aspects multiples de l'amélioration des soins de SMSLCS, en mettant l'accent sur l'accessibilité, la qualité et l'équité.

Grâce à l'engagement des groupes de travail, des groupes d'action et des participants, la feuille de route met en lumière des domaines essentiels comme l'intégration du fondement, l'harmonisation des services en santé primaires, la SMSLCS chez les jeunes, et le soutien aux personnes ayant des besoins complexes. Il souligne l'importance de l'action collective, de la confiance et d'une consultation soutenue avec les décideurs politiques pour traduire les recommandations en améliorations concrètes dans le paysage de la santé mentale et de la santé liée à la consommation de substances au Canada.

Toutefois, les questions abordées ici ne font qu'effleurer les défis plus vastes de notre système de soins de santé. Les participants du Collectif ont exprimé le désir d'approfondir des sujets comme le traitement involontaire, le rôle des travailleurs de soutien par les pairs, les soins fondés sur des données probantes et éclairées, le besoin de programmes ou de services de santé mentale pour les personnes employées ou aptes à l'emploi, mais en difficulté ou ayant une incapacité de longue durée, ainsi que d'explorer des pistes d'innovation, pour n'en nommer que quelques-unes.

Divers points de vue ont été exprimés concernant l'implication des familles et des proches aidants dans les discussions sur le traitement involontaire. Si certains ont reconnu le rôle de soutien que les familles peuvent jouer pour les personnes atteintes de maladie mentale qui peuvent avoir du mal à se défendre elles-mêmes, des inquiétudes ont été exprimées quant aux lignes directrices actuelles et au risque de violation des droits de la personne, ainsi qu'à l'insuffisance des directives



concernant l'accès précoce au traitement pour les personnes atteintes de maladie mentale grave.

Pour répondre à ces questions, on a souligné que l'implication réelle des personnes ayant une expérience concrète dans l'ensemble du système de santé est essentielle pour garantir l'offre de soins de SMSLCS appropriés, efficaces et de haute qualité. Il s'agit notamment d'évaluations par les utilisateurs afin d'apporter une contribution continue afin d'informer et d'orienter les services.

La souplesse du système de normalisation dans la définition des exigences minimales est une invitation pour relever des défis. Il sera essentiel de déterminer où la normalisation peut apporter une valeur ajoutée et où une politique ou d'autres facteurs sont nécessaires. On suggère de réexaminer régulièrement ces travaux afin de tenir la feuille de route à jour et de superviser sa mise en œuvre.

Les prochaines étapes consistent à concrétiser les recommandations de la feuille de route pour relever les défis et saisir les possibilités dans le domaine de la SMSLCS, en favorisant la confiance et la collaboration entre les différents intervenants.

La mise en œuvre des vingt-quatre (24) recommandations exigera un leadership et un soutien pour l'adoption ou l'élaboration de normes, d'activités d'évaluation de la conformité, d'analyses détaillées et de plans d'action. Les recommandations relatives à la consultation autochtone devraient faire partie intégrante du plan de mise en œuvre,

notamment en ce qui concerne la sensibilisation et le lien entre les résultats et les questions soulevées par les groupes de travail. Il est essentiel de s'assurer que les organisations autochtones disposent des ressources nécessaires pour permettre une participation significative.

Une consultation continue de la part d'un comité directeur et du Collectif, un financement permanent et des résultats à court terme comme la surveillance et la communication sont nécessaires au succès de la feuille de route. Les plans d'action relatifs aux recommandations permettraient au Canada de mettre en œuvre un langage exempt de stigmatisation, intégrant diverses données probantes, des mécanismes de redevabilité, la priorité accordée aux droits de la personne, l'intégration des connaissances autochtones, l'amélioration de la confidentialité, l'amélioration du personnel, la continuité des soins en temps opportun et les processus de dépistage systématique.

Cela devrait mener à l'élaboration de nouvelles normes nationales et de programmes d'évaluation de la conformité afin de promouvoir et de protéger les intérêts et les priorités nationales en matière de SMSLCS grâce à des solutions de normalisation fondées sur la qualité, la confiance et l'éthique.

Les prochaines étapes dépendent de l'obtention de nouveaux fonds. À l'aide d'un financement, une deuxième version de la feuille de route traiterait de nouvelles questions et ferait le point sur les progrès de la mise en œuvre.

Annexe A

Analyse des lacunes

Cette section de la feuille de route présente un survol des points de vue des participantes et participants sur les principaux enjeux liés au domaine de la SMSLCS et le rôle de la normalisation dans le traitement de ces enjeux. Elle englobe la description et la portée des enjeux, des recommandations sur la nécessité de soutenir la recherche et le développement et d'élaborer des normes et spécifications supplémentaires, et une liste d'organismes susceptibles de s'acquitter de la tâche. Elle est divisée en plusieurs sections correspondant aux groupes de travail du Collectif en SMSLCS : fondation et intégration, intégration de services de soins primaires, enfants et jeunes, et personnes ayant des besoins complexes. Il est important de noter que même si chaque groupe de travail a suivi une méthodologie similaire, leur analyse a pu emprunter des chemins légèrement différents en raison de la complexité, ce qui a souvent entraîné des perspectives et des conclusions différentes. Par conséquent, il est à noter que les recommandations d'organisations susceptibles d'effectuer les travaux comme étant concluantes ou présentées en ordre de préférence ou d'autorité.

Groupe de travail 1 : Fondement et intégration

Enjeu 1 – Terminologie et langage exempts de stigmatisation et axés sur un consensus

Pour discuter de la SMSLCS, il faut adopter une terminologie exempte de stigmatisation et acceptée par toutes les parties concernées. La stigmatisation témoigne souvent des mentalités, des malentendus et des construits sociaux qui découlent de l'utilisation de mots blessants et y mènent. De nombreuses personnes ayant une expérience concrète témoignent de leur réticence et de leur refus de recourir aux services de santé, aux traitements et aux professionnels disponibles, en raison de la stigmatisation subie ou rapportée. La stigmatisation peut également signifier que les gens ne sont pas à l'aise d'utiliser des mots qui renvoient à un large éventail de troubles mentaux existants; lorsque les gens évitent d'utiliser certains termes comme « maladie mentale », ces troubles sont moins reconnus, et les services sont moins accessibles parce que peu de gens en parlent. Le langage stigmatisant peut mener à la honte, à l'étiquetage, à des reproches non fondés, à des soins de santé inadéquats, à l'évitement des fournisseurs et même à une mort prématurée. Une terminologie diagnostique acceptée, propre au contexte, non stigmatisante, axée sur les personnes et sur le groupe peut contribuer à éliminer la stigmatisation des discussions sur la SMSLCS.

Il est possible d'interpréter un même mot de différentes façons, qui sont parfois même contradictoires, en fonction de l'interlocuteur, du contexte et du ton. Ainsi, les termes clés doivent être définis de manière à englober la pluralité des personnes ou des parties qui sont à la fois concernées et touchées. Les consultations publiques et axées sur un consensus sont essentielles à l'élaboration de normes en fonction de la terminologie en SMSLCS. Il est important de procéder à un examen régulier et continu de la terminologie et de solliciter l'avis de diverses personnes, en particulier celles qui possèdent une expérience concrète.

Les normes terminologiques doivent être non prescriptives, en ce sens qu'elles ne réduisent pas l'accès aux populations uniques (comme les Premières Nations, les Inuits, les Métis, les nouveaux arrivants, etc.) et assurent une plus grande communication. La terminologie ne doit pas exclure certaines cultures, identités, langues d'origine, groupes de populations minoritaires, personnes privées d'équité, personnes méritant l'équité, personnes en quête d'équité, membres de la communauté 2ELGBTQQIA+, Noirs, Autochtones et personnes de couleur, etc. Tenir compte de cet aspect permettrait d'aborder les traumatismes historiques, les barrières systémiques, l'appropriation culturelle, la discrimination, l'exclusion, la marginalisation, le racisme propre aux Autochtones, le racisme et de créer un espace pour

la terminologie émergente. Les ressources et les documents rédigés par des Autochtones peuvent contribuer à décoloniser les « normes ou meilleures pratiques » eurocentriques pour la terminologie en SMSLCS. En ce qui concerne les nouveaux arrivants au Canada, tenir compte des normes internationales serait également utile pour éviter la stigmatisation et encourager la diversité.

Pour mettre en œuvre des normes terminologiques et linguistiques de la manière la plus efficace et la plus percutante possible, il est essentiel de définir le public cible de ces lignes directrices, pratiques exemplaires ou normes. Cela permettrait de s'assurer que rien ni personne n'est exclu. Il est essentiel de déterminer le niveau de systèmes de soins qui est visé, les normes qui s'appliquent aux gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, ainsi qu'aux municipalités du Canada, les programmes de services de première ligne qui sont pris en compte et la catégorie d'acteurs qui est principalement concernée.

Lacune : Terminologie et langage exempts de stigmatisation axés sur un consensus. La stigmatisation qui entoure la SMSLCS signifie que les personnes qui ont besoin de soins sont moins susceptibles de les rechercher. Pour aider à éliminer la stigmatisation de ces conversations, des directives normalisées sont nécessaires pour établir une terminologie et un langage exempts de stigmatisation et axés sur un consensus. Ces directives devraient également couvrir les domaines qu'il faut développer davantage dans le secteur de la SMSLCS, comme la terminologie propre aux cultures des populations uniques, y compris les nations autochtones et les nouveaux arrivants, les personnes ayant une expérience concrète, l'examen régulier des termes existants et actuels, l'identification des publics cibles pour chaque ensemble de normes, entre autres.

Recommandation : Examiner les normes existantes et les lignes directrices élaborées afin d'établir et d'évaluer une terminologie et un langage propres au contexte, exempts de stigmatisation, axés sur les personnes, inclusifs, tenant compte des traumatismes et axés sur un consensus.

Organisations : Commission de la santé mentale du Canada, Community Addictions Peer Support Association, Instituts de recherche en santé du Canada, Institut canadien d'information sur la santé, Organisation de normes en santé, Centre de toxicomanies et de santé mentale, Inuit Tapiriit Kanatami, Régie de la santé des Premières Nations, Centre national de collaboration pour la santé autochtone, Black Health Alliance, Association canadienne pour la santé mentale, Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances.

Enjeu 2 – Différents types de données probantes et d'expériences

Le racisme systémique, le colonialisme, les stéréotypes, la désinformation, l'iniquité et d'autres facteurs peuvent influencer les attitudes, les croyances et les actions dans le contexte de soins de santé. L'analyse et les conclusions découlant des données et de l'information doivent être impartiales et produites dans une optique d'équité et d'inclusion.

Les connaissances peuvent être acquises ou éclairées par différents canaux, notamment la recherche universitaire, l'expertise concrète, l'expérience professionnelle et la culture. Cependant, les outils, processus et méthodes utilisés dans les soins de santé sont souvent fondés sur l'Occident, eurocentriques, partiels et donc discriminatoires. Les communautés spéciales qui sont habituellement marginalisées devraient s'approprier et interpréter leurs propres données et connaissances au lieu de le faire en leur nom. En s'attaquant aux préjugés et à la discrimination systémique lors de la collecte et de l'interprétation de données, les normes axées sur les personnes et fondées sur les droits de la personne établiront un climat de confiance et les populations marginalisées, racialisées et mal desservies se

sentiront bien représentées. L'adoption d'une approche diversifiée et inclusive par l'entremise de dialogues publics respectueux permettrait de mettre en lumière tous ces types de connaissances, de données probantes et d'expériences.

Il est impératif de définir ce que l'on entend par « donnée probante », quand et comment une telle donnée probante ou expérience peut être reconnue. À l'ère de l'intelligence artificielle et des réseaux sociaux, les normes doivent également tenir compte de l'émergence de nouvelles plateformes qui publient et collectent de l'information. Il faut donc définir comment l'information est recueillie et comment les données sont validées, car parfois l'innovation n'est pas encore fondée sur des données probantes, mais éclairée par des données probantes. Comme les données probantes ne sont pas universelles, il est important de définir comment la pluralité et le contexte des données sur la SMSLCS sont compris et interprétés, comment concilier les attentes des groupes sous-représentés, et comment les connaissances sont notées et les résultats mesurés, ce qui inclut la rétroaction et l'évaluation des utilisateurs et utilisatrices.

L'obligation de rendre compte de la diversité des connaissances, des données fondées sur les atouts et des résultats à tous les niveaux permettrait de s'éloigner d'un modèle déficitaire de collecte de données. À cet égard, un organe ou une structure de gouvernance peut filtrer tous les types de données probantes et d'expériences, évaluer et certifier ce qui fonctionne ou non, dans quel contexte et à quel stade de la vie des personnes. Les données probantes doivent être exhaustives et ne pas se fonder uniquement sur les méthodes occidentales ou traditionnelles de collecte de données. Le passage à un suivi et à des rapports axés sur les résultats serait également utile. Toutefois, il est nécessaire de reconnaître l'importance des données probantes et des perspectives critiques lorsque nous élargissons la portée, en raison des préoccupations en matière de protection et de santé publique. Cela supposerait également un examen par un tiers des données probantes sur les plans de l'éthique et du respect des droits de la personne.

Lacune : Saisir et reconnaître les différents types de données probantes et d'expériences dans le secteur de la SMSLCS. Différents types de données et d'expériences peuvent éclairer les soins dans le secteur de la SMSLCS, mais il faut d'abord les reconnaître et les comprendre. Les normes peuvent contribuer à éclairer les processus afin de saisir et de reconnaître la pluralité des connaissances et de l'innovation que les méthodes traditionnelles risquent de négliger. Les préjugés inconscients, le racisme systémique, le colonialisme, les stéréotypes, la désinformation et les inégalités peuvent conduire à une représentation erronée ou au défaut de tenir compte de certaines populations et nuances dans le processus de collecte et d'interprétation des données.

Recommandation : Suivant une approche diversifiée et inclusive, élaborer des normes qui définissent et établissent ce que les données probantes supposent, comment l'expérience peut éclairer les données probantes et être reconnue d'une manière qui ne laisse personne de côté dans la prestation de soins de SMSLCS.

Organisations : Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, Institut canadien d'information sur la santé, Wellesley Institute, Thunderbird Partnership Foundation, Régie de la santé des Premières Nations, Black Health Alliance, HealthCareCan, Statistique Canada, organismes communautaires, organisations sans but lucratif, universités, Réseau canadien pour la recherche sur la schizophrénie et les psychoses, Réadaptation Psychosociale Canada.

Enjeu 3 – Mécanismes de redevabilité et d'évaluation

Les mécanismes de redevabilité sont des structures garantissant la responsabilité et la supervision, qui obligent les individus ou les entités à répondre de leurs actions et de leurs obligations dans les services de SMSLCS. Les clients doivent participer d'une manière ou d'une autre dans la structure de gouvernance globale et le processus décisionnel.

Les mécanismes d'évaluation sont des processus permettant d'évaluer et d'analyser le rendement, l'efficacité et la qualité des services de SMSLCS grâce à la collecte et à l'analyse de données, ce qui permet d'apporter des améliorations et de prendre des décisions éclairées. L'évaluation occupe également une place importante lorsqu'il s'agit des résultats et de l'incidence des services de santé. Elle garantit que les services fournis sont régulièrement évalués afin de générer l'incidence et les résultats escomptés pour les clients.

Les mécanismes de redevabilité et d'évaluation sont essentiels dans les services de SMSLCS pour garantir des soins de haute qualité. Ils permettent d'évaluer la qualité des services, la satisfaction des clients et la sécurité, ce qui facilite la définition des interventions efficaces et des domaines à améliorer. En favorisant la transparence et la redevabilité, ces mécanismes garantissent le respect des normes et une prestation de soins équitable. Ils contribuent également à l'affectation efficace des ressources et à la réduction des disparités en matière de soins de santé au sein de ces services. En fin de compte, ces mécanismes jouent un rôle crucial dans la prestation de soins efficaces, sûrs et équitables, tout en s'efforçant de continuellement améliorer et innover les services de SMSLCS.

En ce qui concerne les communautés autochtones, les mécanismes de redevabilité et d'évaluation peuvent contribuer à régler les problèmes d'accessibilité et de handicap. Par exemple, certains aspects de la psychologie et certains cadres psychologiques ne répondent pas actuellement aux besoins des communautés des Premières Nations au Canada, car ils sont largement fondés sur des construits et des concepts coloniaux et profondément occidentalisés. Plusieurs considérations culturelles ne sont pas prises en compte lors du diagnostic d'un client atteint d'une maladie mentale issu de ces communautés. Les mécanismes de sécurité et les processus d'examen peuvent contribuer au suivi et à l'évaluation des fournisseurs de services.

Le partage des données parmi les différents intervenants, notamment les clients, les professionnels de la santé, les proches aidants et la communauté en général, est crucial. La normalisation des calendriers d'évaluation, des indicateurs de rendement et la spécification de la redevabilité dans les lignes directrices sont des facteurs clés. Pour que les normes soient complètes et inclusives, les familles, les fournisseurs de soins et les personnes qui reçoivent des services doivent être impliqués au début, au milieu et à la fin du processus continu d'élaboration de normes sur les mécanismes de redevabilité et d'évaluation.

L'interopérabilité désigne la capacité des différents systèmes, organisations et clients ou proches aidants à travailler ensemble de manière transparente, en accédant, en échangeant et en utilisant l'information d'une manière coordonnée et efficace. L'évaluation de l'interopérabilité des systèmes de soins de santé devrait inclure les clients, les proches aidants, les équipes de soins de santé et toutes les parties concernées, et devrait être réalisée à l'aide de technologies de l'information inclusives fondées sur le respect des droits des clients.

Lacune : Normaliser les mécanismes de redevabilité et d'évaluation inclusifs pour obtenir des soins de haute qualité en matière de santé mentale, de santé mentale liée à la consommation de substances et de maladie mentale. Des normes sont nécessaires pour préciser comment les mécanismes de redevabilité et d'évaluation peuvent être mis en œuvre efficacement dans le secteur de la SMSLCS. Dans certains cas, les lignes directrices actuelles n'assurent pas une participation égale de toutes les parties, y compris les personnes ayant une expérience concrète, à l'évaluation du système de SMSLCS. Ces lignes directrices risquent de ne pas favoriser la transparence, l'équité et la satisfaction de tous les types de clients, y compris ceux qui souffrent de maladie mentale, et de ne pas correspondre à une approche des soins axée sur les personnes.

Recommandation : Élaborer des normes pour des mécanismes de redevabilité et d'évaluation inclusifs afin d'obtenir des soins de qualité en matière de santé mentale, de santé mentale liée à la consommation de substances et de maladie mentale.

Organisations : Ministère de la Santé et des Dépendances de la Colombie-Britannique, Organisation de normes en santé, Centre de toxicomanies et de santé mentale, Commission de la santé mentale du Canada, Community Addictions Peer Support Association, Institut canadien d'information sur la santé, Statistique Canada, Agence de santé publique du Canada, Association canadienne des centres de santé communautaire, Instituts de recherche en santé du Canada.

Enjeu 4 – Droits de la personne et équité fondamentale en matière de santé

L'accès inéquitable ou limité aux soins de santé porte atteinte aux droits de la personne. L'intégration de la notion de droits de la personne et d'équité, ainsi que de mécanismes de redevabilité dans les normes en SMSLCS, permettra de créer et de continuer à offrir un système de soins de santé sûr et inclusif qui ne désavantage pas les personnes dans certaines conditions sociales et qui réduit les méfaits en général.

L'équité concerne tout le monde, y compris les personnes autochtones, noires et de couleur (PANC), les membres de la communauté 2ELGBTQQIA+, les nouveaux arrivants, les minorités linguistiques et d'autres communautés marginalisées ainsi que les groupes dominants. Un autre moyen de parvenir à l'équité en matière de SMSLCS est de s'assurer que les normes renforcent l'accès aux services de santé pour tous les Canadiens. La reconnaissance et l'intégration des systèmes de connaissances des Premières Nations, des Inuits, des Métis et des Autochtones sont également essentielles pour faire évoluer les normes et les pratiques exemplaires existantes.

Les politiques fondées sur les droits doivent être renforcées dans le secteur canadien de la SMSLCS. Ces politiques doivent prendre en compte non seulement les disparités, mais aussi les valeurs, les besoins et les aspirations spécifiques des individus, en fonction de leur culture et de leurs traditions. Aux premières étapes de l'intervention, les clients doivent recevoir les soins les plus complets possibles, afin d'éviter des mesures restrictives inutiles et des hospitalisations évitables. Le Canada doit mieux s'aligner sur les stratégies des Nations Unies en matière de droits de la personne dans le domaine des soins de santé, en mobilisant des clients, en créant des environnements plus sécuritaires et moins restrictifs, et en respectant les droits de la personne dans la prestation des services¹. Il faudrait assurer une meilleure harmonisation et uniformité parmi les administrations en ce qui concerne le respect des droits de la

¹ Voir la Convention relatives aux droits des personnes handicapées (CDPH)Article 25 – Santé : <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/article-25-health.html>

personne des clients et mettre en place des recours pour ceux qui estiment avoir été soumis à des mesures injustes, car elles ne sont pas toujours justes et équitables.

L'autodétermination et l'exercice du libre choix doivent être respectés lorsque les clients peuvent prendre leurs propres décisions en matière de traitement médical.

La désinstitutionnalisation des services de SMSLCS et le développement de services de santé mentale communautaires axés sur les personnes et fondés sur les droits peuvent contribuer à garantir l'équité en matière de santé. De nombreuses personnes peuvent être sans-abri en raison d'un manque de soutien institutionnel et d'une absence ou d'un manque de soutien de la part de la communauté.

On observe un écart dans la qualité des services de SMSLCS entre les soins de santé mentale fournis par le secteur public et ceux fournis par le secteur privé. Quel que soit le lieu où une personne accède aux soins, elle doit pouvoir bénéficier de services de qualité et de normes égales.

Lacune : **S'aligner sur les droits de la personne et l'équité en matière de santé dans les soins de santé mentale et les soins de santé liée à la consommation de substances.** Des normes fondées sur les droits sont nécessaires pour guider un système de soins de SMSLCS équitable qui crée des environnements plus sûrs et moins restrictifs, encourage l'autodétermination et l'exercice du libre choix, et respecte le droit de chacun à la santé. En s'inspirant des lignes directrices existantes dans ce domaine, les normes peuvent combler le fossé de l'équité dans la prestation de services et de soins, tant dans le secteur public que dans le secteur privé.

Recommandation : Élaborer des normes qui prévoient des directives sur la manière de mettre en œuvre l'équité en matière de santé pour tous et de placer le droit des personnes à la santé au cœur de la prestation de services, des soins et des traitements en SMSLCS.

Organisations : Cour suprême du Canada, Agence de la santé publique du Canada, Services aux Autochtones Canada, Black Health Alliance, Chambre des communes, Commission de la santé mentale du Canada, Association canadienne pour la santé mentale, Organisation de normes en santé.

Enjeu 5 – Principes et approches de la réduction des méfaits

L'intégration du principe de réduction des méfaits dans les normes de SMSLCS doit être harmonisée à la promotion de l'équité, de l'accès, de l'autonomie, de l'autodétermination et de la dignité. La réduction des méfaits doit être intégrée aux pratiques quotidiennes des professionnels de la santé afin d'aider les gens à se soigner et à se sentir mieux, de la manière qui leur convient le mieux. La réduction des méfaits existe également tout au long de la continuité des soins de SMSLCS en dehors du système de soins de santé, par exemple dans les services sociaux et le logement. Même si la priorité accordée à l'autonomie et au bien-être des individus peut soulever des conflits dans certains cas, la réduction des méfaits doit être intégrée aux normes en SMSLCS axées sur les personnes, qui respectent et donnent la priorité à l'autonomie et au bien-être des personnes, et créent des services, des soins et des traitements sûrs et sans jugement. Elle adopte un principe de progression vers une réduction des méfaits et une amélioration de la santé. Les soins visant la réduction des méfaits devraient également adopter une approche tenant compte des traumatismes. Cela faciliterait la reconnaissance des traumatismes historiques et intergénérationnels dont ont été victimes les Premières Nations, les Inuits et les Métis et auxquels sont confrontés les individus et les communautés dans différents contextes.

La réduction des méfaits n'est pas une solution unique et doit être fondée sur les décisions des individus. Les stratégies de réduction des méfaits peuvent être utilisées pour les clients qui souhaitent réduire, arrêter ou ne pas changer leurs habitudes de consommation de substances. Il est nécessaire de rencontrer les clients là où ils se trouvent et d'adapter leurs choix aux services disponibles, tout en assurant un environnement de travail sûr et respectueux pour les fournisseurs de soins de santé. L'application de stratégies de réduction des méfaits dans le cadre d'une approche axée sur les personnes réduirait les obstacles auxquels les clients sont confrontés lorsqu'ils ont besoin d'un soutien médical. La réduction des méfaits ne fonctionnera pas de la même manière pour tout le monde. Elle doit être formulée en tenant compte des différents niveaux de capacités, de l'identité, des conditions sociales et des comorbidités médicales ou mentales des personnes. Les services de santé ne doivent pas être interrompus ou supprimés si les clients ne respectent pas un code de conduite ou les règles de l'établissement. Le principe de la réduction des méfaits consiste à réduire les méfaits causés à quiconque. Il est donc nécessaire de trouver un équilibre entre la redevabilité des clients, les services, les besoins des professionnels de la santé et des individus, ainsi que les défis des communautés dans lesquelles les clients évoluent.

La capacité des gens à comprendre les risques et à prendre des décisions éclairées peut évoluer au fil du temps. Leur perception de leur situation peut ne pas correspondre à celle de leur famille, de la famille choisie et des personnes de confiance. Le système de SMSLCS a la responsabilité de protéger l'autonomie d'une personne tout en équilibrant ses responsabilités en vertu des règles et de la réglementation de chaque administration concernant la capacité d'une personne. L'adoption de stratégies de réduction des méfaits assurée par des pairs s'est avérée efficace pour aider les clients à accéder à des fournitures et à des prescriptions sûres de même que pour les sensibiliser. Une approche protectrice prometteuse est l'intervention assurée par des pairs, qui peut aider à informer les gens sur les soins de santé lorsqu'ils sont déconnectés des services, soit par crainte d'être jugés ou stigmatisés, soit en raison de leur situation géographique. On pourrait améliorer ce modèle pour promouvoir le contact du client avec le système de santé, ainsi que l'accès aux médicaments et leur suivi, dans le but de réduire le risque de surdose et de décès. Il est également important d'informer le public au sujet des stratégies de réduction des méfaits, comme les cours de sauvetage, les médicaments d'inversion des effets de surdose (c.-à-d., les trousseaux de naloxone) et les lieux sûrs pour la consommation de substances. L'inclusion de personnes ayant une expérience concrète, de membres de la famille et de la communauté permet de contribuer à l'évaluation des services, d'améliorer l'accès et, globalement, de réduire les méfaits.

Les pratiques de réduction des méfaits devraient faire partie d'une approche globale et intégrée qui relie les services, facilite le regroupement des services de santé et atténue les risques associés à la consommation de substances, comme la contamination par des maladies infectieuses comme le VIH. En ce qui concerne l'accès des communautés rurales aux services, il est nécessaire d'améliorer l'accès aux services et de renforcer les postes de soins infirmiers, en particulier pour les services communautaires des Premières Nations. On observe des lacunes lorsqu'il faut créer des liens dans les petites communautés pour accéder aux services puisque le répertoire des services de santé et des professionnels est peu abondant.

Définition de la réduction des méfaits :

Les membres du groupe de travail ont adopté la définition de Harm Reduction International² et ont ajouté d'autres éléments. Ils ont estimé que la définition de Harm Reduction International englobe ce que représente la réduction des méfaits dans son ensemble plutôt que de se limiter à la consommation de substances seulement. Il permet également de saisir l'intersection de tous les facteurs qui ont une

² <https://hri.global/what-is-harm-reduction/>

incidence sur la réduction des méfaits ainsi que sur la promotion de la santé et la prévention. Une combinaison d'une partie de cette définition de Harm Reduction International et des commentaires des membres du groupe de travail a abouti à ce qui suit :

La réduction des méfaits est fondée sur la justice et les droits de la personne. Elle se concentre sur les changements positifs et sur le travail avec les personnes sans jugement, sans contrainte inutile et sans discrimination. Dans le contexte de la consommation de substances, la réduction des méfaits renvoie aux politiques, programmes et pratiques qui visent à minimiser les effets négatifs sur la santé, la société et le droit associés à la consommation de substances, aux politiques et aux lois sur les substances et à d'autres problèmes de santé. Néanmoins, les normes de réduction des méfaits doivent être adoptées dans des situations spécifiques, car il y a de nombreux aspects à prendre en compte, comme les questions de sécurité. Les principes de réduction des méfaits ne doivent pas se limiter aux clients et aux fournisseurs de soins, mais aussi aux communautés (familles, pairs, proches aidants, etc.) concernées par la santé des clients.

Lacune : **Mettre en œuvre des principes et des approches de réduction des méfaits dans le secteur de la SMSLCS.** Des normes sont nécessaires pour indiquer comment les principes de réduction des méfaits peuvent être mis en œuvre en profondeur, en tenant compte des particularités des clients et en les aidant au mieux lorsqu'ils reçoivent et souhaitent obtenir des soins de santé. Ces normes de réduction des méfaits peuvent garantir que les services sont fournis selon une approche sûre, exempte de stigmatisation, axée sur les personnes et inclusive, et fournir des directives sur les pratiques exemplaires pour respecter l'autonomie des clients tout en préservant leur vie et leur santé.

Recommandation : Élaborer des normes qui prévoient des directives spécifiques pour la mise en œuvre des principes et des approches de réduction des méfaits dans les soins de santé mentale, de santé liée à la consommation de substances et de maladie mentale, tout en reconnaissant la nécessité de revoir régulièrement ces lignes directrices pour un système de soins de santé efficace et évolutif consacré à la réduction des méfaits pour tous, partout au Canada

Organisations : Community Addictions Peer Support Association, Organisation de normes en santé, Régie de la santé des Premières Nations, Ralliement national des Métis, Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, Commission de la santé mentale du Canada, Black Health Alliance.

Enjeu 6 – Systèmes de connaissances des Premières Nations, des Inuits et des Métis et droits inhérents et en matière de traités

Les Premières Nations, les Inuits et les Métis (PNIM) ont leurs propres systèmes de connaissances uniques et distincts. Greffer ces systèmes aux normes de santé protégera les droits de la personne, permettra de lutter contre le racisme envers les Autochtones et favorisera la sécurité culturelle des collectivités des PNIM qui reçoivent des services, des soins et des traitements en SMSLCS. Les voies autochtones traditionnelles de la connaissance et de la guérison ne sont pas entièrement intégrées au système de soins de santé actuel, car les notions, les pratiques et les valeurs de ces collectivités doivent être approuvées et reflétées de manière plus systématique. Les données sur les PNIM doivent être régies et détenues par les détenteurs de droits inhérents ou issus de traités, y compris les membres des collectivités des PNIM, ainsi que par les gouvernements autochtones autodéterminés qu'ils ont choisis.

Les Premières Nations, les Inuits et les Métis sont des titulaires de droits distincts en vertu de l'article 35 au Canada. Les politiques et le langage pan-autochtones sapent les efforts des Premières Nations, des

Inuits et des Métis en faveur de l'autodétermination et de l'autogouvernance. Les groupes des PNIM ont leurs propres cultures, croyances, valeurs, façons de vivre, systèmes de connaissances et structures de gouvernance, qui sont distincts et qui visent l'autodétermination. Les mesures visant à corriger les inégalités présentes dans une nation ne sont pas nécessairement synonymes de résultats positifs pour une autre.

Lorsqu'il est question de faire progresser les priorités des PNIM au sein des initiatives gouvernementales, l'accent devrait être mis sur l'harmonisation du gouvernement à l'élan et aux défis actuels des nations, dans une optique de décolonisation, plutôt que sur une approche occidentale, prescriptive et paternaliste. Dans les initiatives nationales, les voix des PNIM sont introduites dans les conventions d'une manière coloniale et symbolique et non comme les positions de gouvernements autodéterminés. Un financement gouvernemental plus important et un financement équitable permettraient de créer des espaces sécuritaires pour la réconciliation des Premières Nations, des Inuits et des Métis.

En tant que représentant de la Couronne, le Canada a des responsabilités fiduciaires envers les Premières Nations en vertu des traités et de l'article 35 de la Constitution. Le Canada a également une obligation fiduciaire envers les Métis en vertu de l'article 35 de la Constitution. Le statut de bénéficiaire des Inuits est déterminé par ses quatre organismes régis par un traité. La *Loi canadienne sur la santé* est un autre instrument qui définit les responsabilités des gouvernements provinciaux et territoriaux en matière de SMSLCS pour chaque personne, sans exclure les populations des Premières Nations, des Inuits et des Métis ni porter atteinte à leurs droits tels que définis à l'article 35 de la Constitution et des traités³.

L'intégration de politiques et de normes nationales basées sur des distinctions garantirait l'inclusion, l'équité et l'accès aux services de santé pour l'ensemble des PNIM. À cet égard, une approche prometteuse consisterait à impliquer les organismes et les gouvernements des PNIM représentatifs aux échelles nationale et provinciale dans toutes les questions relatives aux autochtones.

Lacune : Intégrer les systèmes de connaissances des Premières Nations, des Inuits et des Métis et droits inhérents et en matière de traités aux services, aux traitements et aux soins de SMSLCS. Des normes sont nécessaires pour reconnaître et appliquer les normes communautaires existantes en matière de SMSLCS dans les communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis. Les politiques et le langage pan-autochtones sapent les efforts des Premières Nations, des Inuits et des Métis en faveur de l'autodétermination et de l'autogouvernance. Les données en matière de SMSLCS sur les PNIM doivent être régies et détenues par les détenteurs de droits inhérents ou en matière de traités, ainsi que par les gouvernements des PNIM autodéterminés qu'ils ont choisis.

Les normes devraient être explicites quant à la définition, l'application et l'évaluation de la notion d'« équité » dans le cadre des évaluations de conformité et du respect de ces normes. En outre, ces processus devraient préciser comment les acteurs des évaluations de la conformité et des examens des normes sont préparés à appuyer ces activités dans une optique d'équité. Les processus d'évaluation de la conformité et le respect des normes devraient promouvoir la compréhension et l'évaluation de leurs propres préjugés et actions de racisme épistémique afin de s'assurer que l'iniquité n'est pas ignorée, ce qui entraîne souvent une plus grande iniquité à travers la conclusion d'un examen des normes et de l'évaluation de la conformité pour les fournisseurs de services.

³ Il a été observé que les services en santé mentale et consommation de substances offerts à l'heure actuelle en vertu de la Loi canadienne sur la santé incluent les soins dispensés dans les hôpitaux (p. ex. salles d'urgence) et les services physiques fournis par des psychiatres. De nombreux services de santé mentale sont des services de proximité et, par conséquent, ne sont pas couverts en vertu de la Loi canadienne sur la santé, mais plutôt offerts à la discrétion des provinces et territoires, et selon leurs propres modalités et conditions.

Recommandation : Élaborer des normes pour la prestation de services de SMSLCS propres aux besoins des Premières Nations, des Inuits et des Métis, et adaptées aux besoins particuliers de leurs collectivités comme détenteurs de droits distincts.

Organisations : Régie de la santé des Premières Nations, Ralliement national des Métis, Inuit Tapiriit Kanatami, Assemblée des Premières Nations, Thunderbird Partnership Foundation, First Peoples Wellness Circle, First Nations Health Managers Association, Services aux Autochtones Canada, Commission de vérité et de réconciliation du Canada, Institut canadien d'information sur la santé, Organisation des normes en santé, Commission de la santé mentale du Canada.

Question 7 – Vie privée et confidentialité en matière de SMSLCS

La législation actuelle sur la protection de la vie privée et de la confidentialité des clients qui recherchent ou reçoivent des soins de SMSLCS soulève des situations délicates que les normes peuvent renforcer afin de garantir un accès efficace et continu aux soins pour tous. Dans de nombreux cas, il peut être difficile de respecter la vie privée et la confidentialité des enfants et des jeunes, des minorités ou des petites communautés dépendantes des centres urbains, et des personnes souffrant de maladies mentales ou de troubles concomitants.

Dans le secteur de la SMSLCS, l'échange et la diffusion de l'information, ainsi que le respect de la vie privée et de la confidentialité, doivent être coordonnés équitablement entre le client et les fournisseurs de services. Des normes peuvent être élaborées autour du besoin d'assurer une responsabilité partagée entre le client et les professionnels de la santé en ce qui concerne l'accès et le contrôle de l'information privée et personnelle. Les normes peuvent être un excellent outil pour renforcer la formation du personnel hospitalier en matière de législation sur la protection de la vie privée. Cette formation est nécessaire pour distinguer la manière dont les proches aidants peuvent communiquer des faits collatéraux avec les professionnels de la santé, alors que ces derniers ne doivent pas divulguer de l'information confidentielle. Compte tenu des législations provinciales et territoriales en matière de protection de l'information sur la santé, le respect des choix des clients en matière de vie privée doit toujours être observé dans toute relation entre un client et les fournisseurs de soins de santé. Actuellement, les lois sur la santé mentale de chaque province et territoire prévoient la possibilité d'établir les capacités de prise de décisions d'une personne comme étant déficitaires, et décrivent les étapes à suivre pour offrir un soutien en la matière. Il est essentiel de prendre plus de temps pour explorer pleinement la situation de chaque personne en ce qui a trait à ces limitations pour protéger la SMSLCS de toute la clientèle. L'usage plus fréquent d'un barème de normes communément admises favoriserait l'uniformisation des méthodes d'un bout à l'autre du Canada.

Un autre aspect concerne les droits à la vie privée de la famille et la manière dont ils sont pris en compte par les fournisseurs de soins de santé. Les familles peuvent fournir de l'information vitale que les fournisseurs ne connaissent peut-être pas, mais qui pourrait sauver la vie d'un client. Les normes peuvent contribuer à l'élaboration de lignes directrices sur la manière dont les fournisseurs de soins de santé peuvent prendre des décisions éclairées pour tenir compte de l'information collatérale, susceptibles de sauver des vies, sans ébranler la confiance entre les familles et les clients. Il est nécessaire d'instaurer un dialogue permanent et dynamique entre les fournisseurs, les clients et les familles, tout en respectant la vie privée des clients.

Pour les communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis, des normes peuvent être élaborées concernant la transition de l'information privée sur la santé d'une administration à l'autre. Il y a une lacune à cet égard. Il devrait y avoir des normes propres à chaque administration lorsqu'il s'agit de décider d'impliquer ou non les familles. Le Nunavut a mis à jour sa loi sur la santé mentale, qui offre

également des conseils sur l'implication de la famille lorsqu'un client est en crise ou cherche à se faire soigner. Il existe des normes communautaires pour le partage de l'information et la gestion des communications, car les populations autochtones des communautés éloignées, rurales et du Nord, par exemple, doivent se rendre dans les centres urbains pour accéder aux soins de SMSLCS. Une communication opportune et cohérente est nécessaire entre les clients et les professionnels de la santé, ainsi qu'entre les services et les administrations. Ceci est important lorsque, par exemple, les clients doivent se déplacer pour recevoir des soins ou sont en situation de crise, ainsi que pour le suivi des plans de traitement et des médicaments.

Les normes relatives à la protection de la vie privée et à la confidentialité doivent également être élaborées en fonction de considérations culturelles et de la taille des communautés, et doivent être prises en compte parallèlement à l'accès aux soins pour tous et à l'inclusion.

Lacune : **Vie privée et confidentialité liées à la SMSLCS**. La portée de cette question a généré un grand nombre de normes, dont la plupart sont indirectement pertinentes ou propres à un secteur. Les normes sectorielles abordent principalement des préoccupations liées à l'utilisation des données dans les domaines de l'environnement et des transports. En outre, la plupart des normes relatives à cet enjeu sont très granulaires et ne semblent pas détailler les responsabilités de tous les acteurs impliqués dans le cycle de vie des données. Comme le précise la description de l'enjeu, l'une des principales préoccupations liées à cet enjeu est de maintenir la fiabilité d'un acteur à l'autre et de garantir une utilisation éthique tout au long du cycle de vie des données. En fait, plus de la moitié des normes générées par la recherche sont associées à la collecte de données, ce qui laisse peu de normes concernant les autres composantes du cycle de vie des données. Toutefois, il est intéressant de noter que plus d'un tiers des normes examinées pour cette question ont été élaborées en 2015 ou après, ce qui indique que les activités de normalisation visant à traiter cette question sont importantes.

Recommandation : Élaborer des normes pour assurer le partage des responsabilités entre le client et les professionnels de la santé en ce qui concerne l'accès et le contrôle de l'information privée et personnelle et la collecte d'informations générales collatérales. Élaborer des normes propres à l'administration concernant l'implication des familles tout en tenant compte des différences culturelles et des caractéristiques des communautés.

Organisations : Mineurs matures, Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario, SickKids, Santé Canada, Organisation des normes en santé, Commission de la santé mentale du Canada, Cour suprême du Canada, Commission de la santé mentale du Canada, Centre de toxicomanie et de santé mentale, Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, Organisation internationale de normalisation.

Enjeu 8 – Qualité des services de santé atteignable en abordant efficacement les déterminants sociaux de la santé

L'[Organisation mondiale de la santé](#) définit les déterminants sociaux de la santé comme « les facteurs non médicaux qui influencent les résultats en matière de santé. Il s'agit des conditions dans lesquelles les gens naissent, grandissent, travaillent, vivent et vieillissent, ainsi que de l'ensemble des forces et des systèmes qui façonnent les conditions de la vie quotidienne. Ces forces et systèmes comprennent les politiques et systèmes économiques, les programmes de développement, les normes sociales, les politiques sociales et les systèmes politiques. [...] Parmi les déterminants sociaux de la santé qui peuvent influencer l'équité en matière de santé de manière positive ou négative, on peut citer le revenu et la

protection sociale, l'éducation, le chômage et la précarité de l'emploi, l'insécurité alimentaire, le logement, les commodités de base et l'environnement. »

Les déterminants sociaux de la santé ont une incidence majeure sur la santé et le bien-être des personnes. Le gouvernement et la société ont un rôle à jouer dans la préservation de l'équité en matière de santé, la réduction des inégalités liées à la santé, la reconnaissance des déterminants sociaux de la santé et la garantie que le système de soins de santé est équitable et interconnecté et qu'il assure la santé de tous. Une prise en compte efficace des déterminants sociaux de la santé est essentielle pour réduire les inégalités persistantes liées à la santé et corriger les conditions préjudiciables. Cela exige une action de la part de tous les secteurs et de la société civile. Une approche holistique devrait être adoptée pour s'assurer que le système de santé joue son rôle dans la promotion du bien-être. La collaboration entre les différents secteurs du gouvernement peut contribuer à améliorer la santé mentale globale des clients, à réduire les maladies mentales et à améliorer l'accès à la santé pour tous, y compris les personnes vivant dans des régions éloignées. Dans le cas des communautés autochtones, il est essentiel d'établir des synergies interactives entre les communautés, les clients et les établissements de santé. L'intégration de l'intersectionnalité dans la lutte contre les inégalités liées à la santé devrait être au cœur des lignes directrices, des pratiques exemplaires et des normes en matière de santé.

La qualité des résultats en matière de santé ne sera pas atteinte si l'aide sociale dont les clients (y compris ceux qui sont handicapés par leurs troubles mentaux) ont besoin n'est pas combinée à l'assistance et au traitement médicaux. La normalisation est un moyen important d'offrir des directives sur la manière dont nos fournisseurs de soins de santé peuvent interagir avec d'autres secteurs pour combler les lacunes. Les normes ne doivent pas se limiter aux fournisseurs de SMSLCS, car le bien-être des personnes ne dépend pas uniquement des traitements de SMSLCS qu'elles reçoivent, mais aussi d'autres facteurs sociaux comme le logement. Ces normes devraient être formulées à l'échelle gouvernementale et au sein du système de soins de santé, et viser à offrir des possibilités à tous, indépendamment de leur situation économique et sociale, de leur race, de leur sexe, de leurs capacités, etc. Il incombe au gouvernement de s'assurer que les déterminants sociaux ne sont pas traités comme des compléments, mais comme une partie intégrante d'un système de SMSLCS adéquat.

Accorder une importance aux déterminants sociaux de la santé entraîne une augmentation du financement des services de santé ainsi qu'une utilisation efficace des fonds existants et une couverture de soins de santé élargis. Actuellement, le système de soins de santé ne couvre pas entièrement les services clés et essentiels en matière de santé mentale, et n'offre pas un accès adéquat et opportun aux services financés comme les soins primaires et la psychiatrie. Ces services sont en partie non subventionnés et payables par le secteur privé. En outre, dans le cas des maladies mentales, on n'a même pas accès à des services privés. Dans la mesure où les normes établissent une corrélation entre les déterminants sociaux de la santé et la prestation de services de qualité, elles devraient également définir les pratiques exemplaires lors du recensement initial des problèmes de SMSLCS, et pas seulement à l'étape de l'intervention.

Tout être humain a le droit fondamental à des soins de santé de qualité. Les normes devraient être au service de tous pour assurer des soins de qualité équitables et axés sur les personnes, en tenant compte des déterminants sociaux de la santé. Une approche équitable et inclusive, visant à garantir que les personnes reçoivent des soins de qualité fondés sur la distinction et axés sur les personnes, est essentielle pour parvenir à la santé pour tous.

Lacune : S’attaquer aux déterminants sociaux de la santé pour parvenir à une santé de qualité pour tous. Des normes sont nécessaires pour offrir des directives sur la manière dont les déterminants sociaux de la santé devraient être pris en compte, non pas en tant que compléments, mais en tant que partie intégrante d’un système de SMSLCS adéquat. Ces normes devraient être formulées à la fois à l’échelle gouvernementale et au sein du système de soins de santé, dans le but d’offrir des possibilités à tous et de servir chacun dans l’optique de soins de qualité inclusifs et axés sur les personnes.

Recommandation : Élaborer des normes pour une gestion efficace des déterminants sociaux de la santé afin de parvenir à une santé de qualité pour tous. Ces normes devraient établir une corrélation entre les déterminants sociaux de la santé et la prestation de services de santé de qualité, et ne pas se limiter au secteur de la SMSLCS.

Organisations : Organisation des normes en santé, Centre de toxicomanie et de santé mentale, Santé Canada, Agence de santé publique du Canada, Black Health Alliance, Régie de la santé des Premières Nations, Inuit Tapiriit Kanatami, Wellesley Institute, Centre canadien sur les dépendances et l’usage de substances, Ralliement national des Métis, gouvernement du Canada, Centre national de collaboration des déterminants de la santé, Alliance nationale pour mettre fin à l’itinérance rurale et éloignée, Réseau canadien pour la santé et l’hébergement des sans-abri et Réseau canadien du Logement d’abord – Communauté d’intérêts.

Enjeu 9 – Santé, formation et compétences du personnel

L’Organisation mondiale de la Santé⁴ définit le personnel de la santé comme l’ensemble des travailleurs de la santé. Dans le secteur de la SMSLCS, les normes peuvent contribuer à combler un certain nombre de lacunes relatives à la santé du personnel, à la formation continue pour une prestation de services de qualité et au perfectionnement des compétences.

Il est important d’étendre les normes de santé et de sécurité psychologiques à l’évaluation régulière de la santé du personnel de la santé, quel que soit leur rôle. Il est important d’évaluer la santé mentale et générale des professionnels de la santé, car la santé mentale du personnel a une incidence sur la qualité des services qu’ils offrent. L’épuisement professionnel, par exemple, est fréquent chez les fournisseurs dans des conditions de travail normales, et plus élevé en période de crise, comme cela a été le cas lors de la pandémie de COVID-19.

Les déterminants sociaux de la santé des travailleurs en service⁵ constituent un autre domaine sur lequel les normes peuvent se concentrer. Cette question est souvent négligée, même si elle a une incidence majeure sur la qualité des soins prodigués. Il existe des inégalités salariales importantes entre les professions et les fonctions dans les systèmes de soins de SMSLCS. Le personnel est souvent composé de manière disproportionnée de femmes, de nouveaux arrivants et de personnes racialisées. C’est l’une des causes de l’inégalité salariale. Cette situation doit être résolue au sein du secteur de la santé et de manière coordonnée, y compris pour les populations des Premières Nations, des Inuits et des Métis.

Un personnel compatissant et compétent restera en meilleure santé et plus longtemps sur le terrain. Des normes doivent être mises en œuvre pour évaluer et optimiser les compétences éthiques des

⁴ Organisation mondiale de la Santé. Health workforce. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-workforce/hwp/202100608-health-workforce-terminology.pdf?sfvrsn=b5d2808d_3&download=true

⁵ Les travailleurs en service font référence à tout effectif en service afin de fournir des services.

professionnels de la santé, en établissant des valeurs obligatoires à respecter par l'ensemble du personnel, comme l'adoption de soins, de pratiques et d'approches tenant compte des traumatismes, fondés sur l'équité, empathiques, dignes, exempts de stigmatisation, respectueux et l'attention portée à la personne. Chaque interaction dans le système de soins de santé a une incidence sur le client. Cela exige d'appliquer des normes qui appuieraient l'obligation du personnel de suivre une formation et une évaluation régulières. Ces normes peuvent imposer un apprentissage récurrent et une mise à jour des compétences éthiques et créer des mesures de redevabilité qui renforcent l'application de ces compétences. Dans le cas d'infractions physiques, de menaces verbales, de harcèlement, d'intimidation, etc., les politiques, les lignes directrices et les normes devraient également prévoir des moyens de permettre aux personnes concernées de faire face à ces situations. Ces normes peuvent également garantir la sécurité et la protection des clients, du personnel de la santé, des fournisseurs, des familles et de toute autre personne interagissant avec le système de santé.

Les normes peuvent également appuyer les approches communautaires et de réconciliation. Il est nécessaire d'intégrer une formation pertinente sur le plan culturel pour les thérapies et le soutien fondés sur des données probantes, afin d'assurer une mobilisation réelle des voix marginalisées.

Lacune : **Améliorer la santé, la formation et les compétences du personnel.** S'inspirant des lignes directrices existantes, des normes sont nécessaires pour offrir des directives sur la prise en compte des déterminants sociaux de la santé des travailleurs en service, ainsi que sur leurs compétences éthiques dans le secteur de la SMSLCS. Ces normes contribueraient à perfectionner un personnel qualifié qui resterait en meilleure santé et serait plus performant. Elles encourageraient également l'application de soins, de pratiques et d'approches fondés sur les traumatismes, équitables, empathiques, dignes, exempts de stigmatisation, respectueux et bienveillants.

Recommandation : Élaborer des normes visant à améliorer la santé, la formation et les compétences des professionnels en SMSLCS.

Organisations : Centre canadien sur les dépendances, National Native Addictions Partnership Foundation, Organisation des normes en santé, Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, Santé Canada, Agence de santé publique du Canada, Groupe CSA, Fédération canadienne des infirmières et infirmiers en santé mentale; Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé, Groupe de travail collaboratif sur les soins de santé mentale partagés de l'Association des psychiatres du Canada et du Collège des médecins de famille du Canada, Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux.

Enjeu 10 – Continuité et transition des soins

La normalisation peut contribuer à améliorer la continuité et la transition des soins. Des normes réduisant les méfaits et axées sur les personnes peuvent contribuer à améliorer l'utilisation du système de soins de santé des clients ainsi que leur expérience à cet égard ainsi qu'à réduire les lacunes et les fragmentations préjudiciables à la santé.

La transition des soins renvoie aux différents points des services de santé offerts à un client recevant des soins, ainsi qu'à d'autres types de transitions des soins, comme ceux liés aux groupes d'âge et aux lieux. De bonnes pratiques, normes et lignes directrices devraient être mises en œuvre pour structurer la transition d'un niveau de soins à l'autre (c.-à-d., du dépistage à la réception des résultats, au traitement et au suivi), ainsi que les modalités de soins; toutes les administrations devraient appliquer ces lignes

directrices. Des normes de transition des soins peuvent être élaborées pour planifier et faciliter, avec le client, le transfert des communautés vers les établissements (hôpitaux, centres de traitement) et des établissements vers les communautés. Ces services de proximité sont essentiels dans les périodes de transition où les proches aidants ou d'autres membres de la famille peuvent s'assurer que les clients ne sont pas laissés sans surveillance ou négligés. La transition des soins doit être bien exécutée. Dans les hôpitaux, un client peut être considéré comme médicalement apte à sortir, mais avoir besoin d'un soutien considérable pour retourner dans la communauté. Ce transfert se fait rarement sans heurts. La planification de la transition interprovinciale est cruciale pour les clients qui reçoivent des soins de différentes administrations.

La continuité des soins consiste à s'assurer que le client bénéficie d'une prise en charge continue qui évolue en fonction de ses besoins et qui repose sur un traitement et une approche en partenariat avec le client. Il s'agit d'un environnement de soins fondé sur une approche centrée sur les personnes. Des normes sur la continuité des soins dans le domaine de la SMSLCS contribueraient à réduire la fragmentation des services afin d'offrir des soins médicaux efficaces et de qualité. Les services seraient ainsi interconnectés, cohérents pour le client, l'intégrant au processus et garantissant la qualité des soins au fil du temps.

La normalisation peut également aider à définir l'intégration, la coordination, l'accès et l'accessibilité, entre autres. Entre le point de vue du client et celui du médecin, les modalités de coordination, par exemple, peuvent être différentes. Les gens ont des compréhensions, des expériences, des attentes et des mesures différentes de ces concepts. Les fournisseurs de soins primaires, par exemple, ont tendance à hésiter à orienter les clients, ce qui peut constituer un obstacle majeur à l'accès au traitement. Il est nécessaire de s'assurer que les clients frappent aux bonnes portes pour leurs besoins et leurs services. L'objectif est de s'assurer que les clients ne frappent pas à la mauvaise porte ou qu'ils soient pas mal desservis.

Les obstacles culturels doivent également être pris en compte lors de la définition de l'accès aux soins pour les communautés privées d'équité. Les préjugés, l'exclusion et la discrimination conduisent souvent à une marginalisation préjudiciable et à un accès réduit aux soins pour ces communautés.

Lacune : Définir les concepts clés liés à la continuité et à la transition des soins. Des normes sont nécessaires pour définir les concepts clés liés à la continuité et à la transition des soins dans le domaine de la SMSLCS. La définition de ces concepts devrait inclure toutes les parties concernées, y compris les clients.

Recommandation : Achever les travaux sur la continuité et la transition des soins en fonction des normes existantes. Ces normes supplémentaires peuvent être axées sur l'élaboration de définitions axées sur un consensus à l'égard des concepts susceptibles d'être interprétés différemment du point de vue du client et de celui du médecin, comme la coordination, l'accès, l'intégration, etc.

Organisations : Organisation des normes en santé, Commission de la santé mentale du Canada, Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, Qualité des services de santé Ontario, Instituts de recherche en santé du Canada, Organisation internationale de normalisation, Association canadienne des organismes de réglementation en ergothérapie, Association canadienne des ergothérapeutes.

Groupe de travail 2 : Intégration des services en santé primaires

Enjeu 11 – Accès en temps opportun aux soins de SMSLCS

Les personnes ont le droit d'accéder en temps opportun aux soins de santé mentale et aux soins de santé liée à la consommation de substances. L'accès à ces soins devrait être coordonné avec les services en santé primaires, qui offrent des possibilités de promotion de la santé, de prévention, de dépistage et d'intervention précoce. Une telle coordination peut aider à cerner et traiter les problèmes avant qu'ils n'atteignent des niveaux de crise. Les soins devraient, dans la mesure du possible, être offerts dans la propre communauté de la personne. Les discussions sur la santé mentale ou la santé liée à la consommation de substances doivent être positives, centrées sur les personnes, tenir compte des traumatismes, être exemptes de stigmatisation, homogènes (c.-à-d., sans fragmentation ni lacunes dans les services) et s'appuyer sur une approche de soins par paliers (ou une approche semblable) à l'égard de la prestation des soins.

Des efforts doivent être déployés pour réduire les obstacles aux soins de SMSLCS, notamment grâce à des points d'accès à « guichet unique » qui mettent à profit les diverses compétences de différents professionnels de la santé (psychothérapeutes, infirmières praticiennes, travailleurs sociaux cliniques, travailleurs de soutien par des pairs, psychologues agréés, conseillers agréés, ergothérapeutes [remarque : cette liste n'est pas exhaustive]) dans le cadre d'une approche concertée en matière de soins de santé. On ne devrait pas frapper à la « mauvaise porte » pour accéder aux soins de santé mentale ou de santé mentale liée à la consommation de substances. Les interventions devraient privilégier la flexibilité, en offrant des soins personnalisés adaptés aux besoins et à la situation de l'individu (pas d'approche unique) et en aidant les gens à accéder aux professionnels de la santé les plus appropriés au bon moment. Les pratiques exemplaires et approches en matière de dépistage et d'intervention précoce devraient s'inspirer des approches fondées sur des données probantes qui ont fait leurs preuves pour d'autres problèmes de santé, comme le diabète et la bronchopneumopathie chronique obstructive. Les personnes qui cherchent à se faire soigner doivent aussi comprendre les déterminants sociaux de la santé. De plus, il faut tirer profit du soutien social pour améliorer la santé. Il convient également de tenir compte de la manière dont le financement suit un individu dans le système de soins; le financement privé ne doit pas mener à un meilleur accès que le financement public.

Il convient d'accorder une attention particulière à la manière dont les outils technologiques, connectés à des fournisseurs de services de santé qualifiés ou appuyés par ceux-ci, peuvent contribuer à améliorer l'accès aux systèmes de soins de SMSLCS, sans semer ou renforcer des obstacles (p. ex., une mauvaise connexion Internet dans les communautés rurales ou du Nord).

L'amélioration de l'accès généralisé aux soins de santé mentale et aux soins de santé liée à la consommation de substances nécessitera également un financement, y compris une modernisation des codes de facturation afin d'encourager l'amélioration des services de SMSLCS. Des efforts doivent également être déployés pour garantir une rémunération juste et équitable des professionnels de la santé dans les zones urbaines par rapport aux communautés rurales, éloignées et autochtones. Il est possible de favoriser une meilleure redevabilité en mesurant les écarts de résultats en matière de santé entre des populations spécifiques et en fixant des critères de référence pour réduire ces écarts et améliorer l'accès aux populations mal desservies et leurs résultats.

Nota : « Les soins primaires et les soins en santé primaires sont des termes très semblables qui sont souvent employés de manière interchangeable, mais qui sont également utilisés pour désigner des concepts très différents. Beaucoup de temps et d'énergie sont consacrés à discuter du terme le plus approprié pour une application particulière. À l'échelle internationale, on reconnaît de plus en plus que

ces deux termes décrivent deux entités bien distinctes. Les utilisations récentes de ces deux termes au Canada sont, pour la plupart, conformes aux utilisations internationales. Les soins primaires, terme plus court, décrivent un concept plus étroit de services de type « médecin de famille » offerts aux individus. Les soins en santé primaires représentent un terme plus large qui découle des principes fondamentaux énoncés par l'Organisation mondiale de la Santé et qui décrit une approche à l'égard de la politique de santé et de la prestation de services qui comprend des services offerts aux individus (services en soins primaires) et des fonctions de « santé publique » à l'échelle de la population.⁶

Lacune : Améliorer l'accès aux services de SMSLCS. Les personnes ont le droit d'accéder en temps opportun aux soins de SMSLCS, ce qui peut être réalisé en partie grâce à une meilleure coordination avec les services en santé primaires et à l'amélioration des techniques de dépistage et d'intervention précoce. Il convient d'élaborer des directives qui rassemblent les pratiques exemplaires de manière à améliorer les résultats en matière de SMSLCS pour l'ensemble de la population du Canada.

Recommandation : Que des directives soient élaborées afin d'améliorer l'accès aux services de SMSLCS, en particulier grâce à de meilleures connexions avec le système de soins de santé primaires.

Organisations : Stepped Care Solutions, Association canadienne pour la santé mentale, Institut canadien de recherche en santé, Institut canadien d'information sur la santé, Organisation des normes en santé, Groupe CSA, Institut des normes de gouvernance numérique, Community Addictions Peer Support Association, Commission de la santé mentale du Canada, Centre de toxicomanie et de santé mentale.

Enjeu 12 – Continuité des soins

Les soins de santé comprennent la SMSLCS. Il faut renforcer l'intégration dans la continuité des soins, qui englobe l'éducation, la promotion de la santé, la prévention, l'intervention précoce, la santé publique, les soins primaires, les soins de courte durée, le traitement, le suivi, l'aide à la communauté et les déterminants sociaux de la santé. Une meilleure intégration tout au long de cette continuité, et en particulier entre les soins primaires, les soins de santé mentale et les soins de santé liée à la consommation de substances, contribuera à garantir que les personnes reçoivent des soins continus qui tiennent compte de toute leur personne.

Les fournisseurs de soins primaires sont bien placés pour appuyer la promotion de la santé, l'éducation et l'intervention précoce en matière de SMSLCS (y compris les dépendances comportementales). Les interactions doivent inclure des discussions exemptes de stigmatisation et tenant compte des traumatismes sur la SMSLCS d'une personne, fournir de l'information et des options le cas échéant, et proposer des directives vers des spécialistes si nécessaire, selon les résultats souhaités pour la santé de la personne qui souhaite obtenir des soins. Une approche par paliers peut apporter un soutien approprié. Les individus doivent avoir le pouvoir et la possibilité de faire des choix éclairés concernant leur santé et les interventions ou traitements potentiels; un intervenant-pivot en soins de santé peut les aider à cet égard. Les fournisseurs doivent disposer des outils et de l'information qui leur permettront de fournir des soins de santé complets. Les soins doivent tenir compte des circonstances individuelles, y compris de la capacité d'une personne à faire un choix éclairé. La famille, la famille choisie ou les proches aidants ont souvent un rôle à jouer dans ce processus. On peut tenir compte de la famille d'un individu,

⁶ Source : Muldoon LK, Hogg WE, Levitt M. Primary care (PC) and primary health care (PHC). What is the difference? Can J Public Health. Sep-oct. 2006; 97(5):409-11. doi : 10.1007/BF03405354. PMID: 17120883; PMCID: #PMC6976192

de la famille choisie ou des proches aidants et du rôle qu'ils peuvent jouer dans les décisions relatives à la santé. Il faut également tenir compte de la continuité des soins pour les personnes qui se déplacent d'une administration à l'autre (c.-à-d., d'une province à l'autre ou d'un territoire à l'autre).

Les soins de santé mentale et les soins de santé liée à la consommation de substances ne doivent pas toujours être offerts en collaboration, mais il faut tenir compte de la cooccurrence et de la possibilité que les problèmes liés à l'un entraînent des problèmes liés à l'autre (p. ex., la consommation de substances pour surmonter les problèmes de santé mentale, les problèmes de santé mentale découlant de la consommation de substances). Les approches fondées sur l'abstinence ne fonctionnent pas pour tous les individus et constituent un obstacle à l'accès aux soins; les personnes devraient pouvoir accéder aux soins même (voire surtout) lorsqu'elles présentent des symptômes de leurs maladies liées à la consommation de substances ou à la santé mentale.

L'intégration des systèmes de soins primaires, de soins de santé mentale et de soins de santé liée à la consommation de substances n'exige aucune fusion, mais il faut améliorer les connexions entre ces systèmes. Par exemple, lorsqu'une personne cherche à se faire soigner pour un problème de santé physique découlant d'un problème de santé mentale ou d'un problème de santé liée à la consommation de substances, elle doit avoir la possibilité de rechercher et de recevoir des soins pour ce problème sous-jacent. La réduction des méfaits devrait être un principe clé de la continuité des soins, tant pour la santé mentale que pour la santé liée à la consommation de substances. Il convient également de tenir compte de la manière dont le financement suit un individu dans la continuité des soins; le financement privé ne doit pas mener à un meilleur accès que le financement public. Une plus grande transparence et des normes pancanadiennes sur les coûts des services peuvent améliorer l'accès et l'équité. Les mécanismes de financement peuvent inciter à améliorer la qualité des soins en matière de santé physique, de SMSLCS.

Voici des questions clés distinctes, mais reliées :

- Groupe de travail 4, « Continuité des soins pour les personnes ayant des besoins complexes »

Lacune : Intégrer la continuité des soins pour améliorer l'accès et les résultats en matière de santé. On manque de directives sur la manière d'intégrer les services dans la continuité des soins (et en particulier entre les soins primaires, les soins de santé mentale et les soins de santé liée à la consommation de substances) afin d'offrir des soins de santé qui tiennent compte de la personne dans son ensemble.

Recommandation : Que des directives normalisées soient élaborées pour définir la meilleure façon d'intégrer la continuité des soins, qui englobe l'éducation, la prévention, l'intervention précoce, la santé publique, les soins primaires, les soins de courte durée, le traitement, le suivi, le soutien communautaire et les déterminants sociaux de la santé, afin d'améliorer l'équité et l'accès aux soins de santé mentale et aux soins de santé liés à la consommation de substances pour les personnes au Canada.

Organisations : Stepped Care Solutions, Association canadienne pour la santé mentale, Institut canadien de recherche en santé, Institut canadien d'information sur la santé, Organisation des normes en santé, Groupe CSA, Community Addictions Peer Support Association, Commission de la santé mentale du Canada, Centre de toxicomanie et de santé mentale, Peer Support Canada.

Enjeu 13 – Assurance de la qualité des applications numériques de SMSLCS

Les applications numériques peuvent offrir un soutien en matière de SMSLCS aux personnes au Canada, y compris à celles qui pourraient chercher un soutien discret en matière de soins de santé en raison de la stigmatisation ou d'autres préoccupations. Les applications numériques ont également le potentiel de mettre les gens en contact avec du soutien supplémentaire en cas de besoin. Toutefois, compte tenu du nombre d'applications sur le marché numérique, l'évaluation par un tiers et l'évaluation de la conformité peuvent apporter la certitude du respect des normes de qualité et des exigences en matière de confidentialité et de sécurité des données (y compris en ce qui concerne l'utilisation de l'intelligence artificielle). Les cadres d'évaluation doivent également s'assurer que les conseils en matière de santé sont fondés sur des données probantes, crédibles, tenant compte des traumatismes, ancrés dans les principes anti-stigmatisation et anti-racisme, et respectueux de la confidentialité des données (y compris de la souveraineté des données autochtones).

Les applications numériques de SMSLCS proposent plusieurs formats actuels et émergents, comme les applications d'entraide, les applications de soutien guidées par le fournisseur et les applications de soins virtuels complets. Les systèmes d'évaluation de la conformité doivent prendre en compte ces formats séparément et définir les exigences propres à chacun d'entre eux. Afin d'assurer une prise en charge appropriée, une attention particulière peut être accordée aux applications à but lucratif, aux applications contenant de la publicité et aux applications faisant appel à l'intelligence artificielle.

Compte tenu du travail considérable que plusieurs organisations ont réalisé et qui est, en particulier par la Commission de la santé mentale du Canada et Homewood Research Institut, il pourrait être possible de mettre en place un système d'évaluation de la conformité pour certifier les applications numériques de SMSLCS. Les applications certifiées par un tiers seraient reconnues comme fiables par les personnes à la recherche de soutien et par les professionnels de la santé qui souhaitent formuler des recommandations aux personnes qu'ils soignent.

Lacune : Évaluation de la conformité des applications numériques de SMSLCS. L'évaluation par un tiers de la conformité des applications numériques de SMSLCS peut offrir aux personnes qui souhaitent obtenir des soins et aux fournisseurs de soins une certitude quant à la qualité des applications disponibles sur le marché numérique, et en particulier quant aux applications qui répondent aux exigences minimales.

Considérations réglementaires : Réglementation sur la vie privée, réglementation sur la sécurité des données, réglementation sur la souveraineté des données (y compris la souveraineté des données autochtones), réglementation potentielle imposant la certification

Considérations relatives à l'évaluation de la conformité : Comme il existe des cadres d'évaluation, la validation et l'évaluation de la conformité sont la prochaine étape logique de la mise en œuvre de ces normes de qualité

Recommandation : Examiner la possibilité d'établir un système d'évaluation de la conformité pour les applications numériques de SMSLCS et, le cas échéant, mettre en place ce système.

Organisations : Inforoute Santé du Canada, Commission de la santé mentale du Canada, Organisation des normes en santé, Organisation pour la révision des applications de soins et de santé, Groupe CSA, Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, Homewood Research Institute, Institut des normes de gouvernance numérique, Organisation internationale de normalisation.

Enjeu 14 – Compétences comportementales et techniques et perfectionnement du personnel pour les personnes impliquées dans les soins de SMSLCS au Canada

Le personnel des services de SMSLCS est vaste et comprend les premiers intervenants (p. ex., les policiers, les ambulanciers), les fournisseurs de soins de santé (p. ex., les médecins, les psychologues cliniciens, les travailleurs sociaux agréés, les psychothérapeutes, les infirmiers agréés, les infirmiers praticiens, les ergothérapeutes), les agents de santé communautaire (p. ex. les conseillers en santé, les éducateurs de proximité, les travailleurs de soutien par les pairs), et on peut même penser qu'il comprend la famille d'une personne, la famille choisie ou les proches aidants. L'établissement de programmes normalisés, de formations, de compétences comportementales, de compétences techniques et d'autre soutien, par l'entremise d'un modèle de co-conception, peut contribuer à s'assurer que le soutien et les soins apportés aux personnes qui les recherchent sont équitables, tiennent compte des traumatismes, sont exempts de stigmatisation et de discrimination, sont empathiques, respectueux de l'identité et de la culture, et qu'ils les soutiennent. Ces outils permettent de responsabiliser les individus et les organisations, y compris ceux qui se considèrent en dehors du système de soins de SMSLCS.

Des organisations publiques, privées et du troisième secteur (au Canada et à l'étranger) ont réalisé un travail considérable pour élaborer des directives sur les compétences et le perfectionnement du personnel dans ces domaines. Il est possible d'agrèger, de valider et d'optimiser ces orientations en co-élaborant une série de normes ou de documents d'orientation axés sur un consensus, avec les commentaires et les conseils d'un large éventail de parties intéressées (notamment en mettant l'accent sur les communautés marginalisées, comme les personnes ayant une expérience vécue et une expertise). Ce processus peut contribuer à éliminer la stigmatisation et les préjugés inconscients au sein du personnel de la SMSLCS.

Une autre considération pourrait être l'établissement de compétences organisationnelles, afin de garantir que les organisations, même impliquées de manière périphérique dans les soins de SMSLCS, disposent de directives qui leur permettent d'établir des cultures de soutien qui font la promotion de la SMSLCS et protègent la santé de leur personnel et de leurs clients. Les premiers soins en matière de santé mentale pourraient faire partie de ces directives.

De même, il est possible de co-concevoir la formation, les directives, les outils et le soutien pour la famille, la famille choisie et les proches aidants des personnes qui souhaitent se faire soigner pour des problèmes de santé mentale ou de santé liée à la consommation de substances. Ces personnes proches jouent souvent un rôle déterminant dans le parcours de bien-être d'un individu, mais elles doivent recevoir le soutien dont elles ont besoin pour soutenir leur proche.

Dans l'esprit de la « formation des formateurs », les fournisseurs de soins et le personnel d'assistance associé devraient disposer de la formation et des ressources appropriées pour la famille ou la famille choisie, afin qu'elle puisse apporter son soutien à un proche qui souhaite obtenir des soins. Il peut s'agir d'outils permettant de répondre à la stigmatisation (y compris la stigmatisation culturelle) des problèmes de santé mentale ou de santé liée à la consommation de substances, ou de la surmonter.

Lacune : Compétences comportementales et techniques et perfectionnement du personnel pour les personnes impliquées dans les soins de SMSLCS au Canada. Le personnel chargé de la SMSLCS est vaste et comprend les premiers intervenants, les fournisseurs de soins de santé, les agents de santé communautaire, et on peut même inclure la famille d'une personne, la famille choisie ou les proches aidants. L'établissement de programmes normalisés, de formations, de compétences comportementales, de compétences techniques et d'autre soutien, par l'entremise d'un modèle de co-conception, peut contribuer à s'assurer que le soutien et les soins apportés aux personnes qui les recherchent sont équitables, tiennent compte des traumatismes, sont exempts de stigmatisation et de discrimination, sont empathiques, et qu'ils les soutiennent.

Considérations réglementaires : Législation fédérale et provinciale en matière de droits de la personne; législation fédérale et provinciale sur l'accessibilité

Recommandation : Élaborer une série de directives normalisées prescrivant des compétences comportementales et techniques pour le personnel chargé de protéger la SMSLCS des Canadiens.

Organisations : Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, Groupe CSA, Organisation des normes en santé, organismes d'autorisation fédéraux/provinciaux/territoriaux, Association canadienne pour la santé mentale, Commission de la santé mentale du Canada, Institut canadien de recherche sur la santé, Institut canadien sur la sécurité des patients, Fédération canadienne des infirmières et infirmiers en santé mentale, Association canadienne des ergothérapeutes.

Enjeu 15 – Service mobile d'intervention et de soins en cas de crise

Lorsque des personnes traversent une crise de santé mentale ou de santé liée à la consommation de substances, leur besoin de soins est urgent. Les unités mobiles d'intervention en cas de crise peuvent être en mesure d'intervenir dans ces cas et d'aider à stabiliser la personne en crise en temps opportun ou de la transporter vers un établissement qui peut l'aider à offrir les soins nécessaires. La nature mobile de ces unités peut également signifier que les soins sont plus facilement disponibles lorsqu'une personne est prête à demander de l'aide.

Diverses unités mobiles d'intervention en cas de crise peuvent être mises en place et déployées, notamment des équipes de santé mentale, des équipes de santé liée à la consommation de substances, des équipes d'intervention en cas de surdose, des équipes paramédicales ou une combinaison de ces spécialités. Ces unités peuvent disposer de véhicules ou d'équipement spécialisés. L'existence d'unités mobiles spécifiques d'intervention en cas de crise peut contribuer à soulager les ambulances et les salles d'urgence, tout en offrant des soins plus spécialisés aux personnes en situation de crise en santé mentale ou en santé liée à la consommation de substances. Le déploiement des unités d'intervention en cas de crise devrait être harmonisé ou coordonné avec d'autres services de première intervention afin de garantir que les urgences soient traitées en temps opportun et avec les ressources appropriées. Il convient de réfléchir aux marquages des véhicules les plus appropriés pour respecter la confidentialité des clients.

Les soins de suivi doivent être envisagés une fois que l'état de la personne en crise est stabilisé. En discutant avec la personne qui demande des soins et avec son consentement, les intervenants des services mobiles d'intervention en cas de crise doivent organiser des soins et un soutien continu pour répondre aux problèmes de santé sous-jacents qui peuvent exister (y compris un dépistage pour aider à

cerner les problèmes de santé potentiels). D'autres travaux devraient déterminer si les interventions mobiles en cas de crise peuvent contribuer à améliorer les soins dans les communautés éloignées, rurales et nordiques et examiner comment.

Des unités mobiles d'intervention en cas de crise ont été mises en place ou expérimentées à l'échelle internationale (Royaume-Uni, Suède, etc.) et au Canada (Alberta, Ontario, etc.). Les directives nationales devraient intégrer les pratiques exemplaires et les leçons retenues de ces administrations, et examiner les exigences locales afin d'offrir des soins optimaux aux communautés desservies.

Lacune : Directives pour établir des unités d'intervention en cas de crise pour la SMSLCS.

Lorsque des personnes traversent une crise de santé mentale ou de santé liée à la consommation de substances, leur besoin de soins est urgent. Les unités mobiles d'intervention en cas de crise peuvent être en mesure d'intervenir dans ces cas et d'aider à stabiliser la personne en crise en temps opportun ou de la transporter vers un établissement qui peut l'aider à offrir les soins nécessaires. La nature mobile de ces unités peut également signifier que les soins sont plus facilement disponibles lorsqu'une personne est prête à demander de l'aide.

Considérations réglementaires : Législation fédérale et provinciale en matière de droits de la personne; législation fédérale et provinciale sur l'accessibilité

Recommandation : Que des directives nationales soient élaborées sur la manière d'établir, de gérer et de coordonner les unités mobiles de soins en cas de crise afin de fournir des soins aux personnes en situation de crise sur le plan de la SMSLCS.

Organisations : Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, Groupe CSA, Organisation des normes en santé, Association canadienne pour la santé mentale, Commission de la santé mentale du Canada, Institut canadien de recherche sur la santé, Institut canadien sur la sécurité des patients, Association des Paramédics du Canada.

Groupe de travail 3 : Enfants et jeunes

Enjeu 16 – Soins en partenariat avec la jeunesse

Les jeunes⁷ ont des besoins uniques et spécifiques en matière d'interventions dans le domaine de la SMSLCS, et l'adoption d'interventions centrées sur les adultes pour ce groupe d'âge suscite des inquiétudes. Cela est particulièrement vrai pour les jeunes ayant des besoins complexes, notamment ceux qui sont enceintes, qui sont victimes de la traite de personnes ou qui vivent dans l'itinérance, ceux qui ont des besoins concomitants en matière de SMSLCS, qui sont placés dans des familles d'accueil ou des établissements pénitentiaires, qui ont des retards de développement ou des retards cognitifs, qui ont des dépendances comportementales [p. ex., jeux, pornographie, médias sociaux], ou qui connaissent d'autres problèmes complexes liés à des questions de consentement). Les fournisseurs de soins s'engagent réellement et en partenariat avec les jeunes dans leurs soins de manière continue, afin que les jeunes comprennent leur santé et leurs options et qu'ils puissent déterminer les interventions de soins les plus appropriées. Ce partenariat se concentre sur l'établissement d'une relation de confiance, donne la priorité au consentement éclairé permanent (y compris la possibilité de retirer son consentement) et se poursuit tout au long du parcours de soins.

⁷Remarque : les termes « jeunes » et « jeunes gens » sont utilisés de manière interchangeable

Les Nations Unies définissent la jeunesse comme « la période de transition entre la dépendance de l'enfance et l'indépendance de l'âge adulte ». ⁸ Il s'agit d'un large éventail qui comprend des jeunes à différents stades de développement (p. ex., les besoins d'un jeune typique de 13 ans sont différents de ceux d'un jeune typique de 23 ans), de sorte que les circonstances individuelles auront une influence importante sur l'orientation des interventions, conformément au concept de partenariat avec le jeune dans la détermination de l'orientation et des résultats souhaités des interventions entreprises.

Les jeunes peuvent avoir des besoins spécifiques en ce qui concerne : le moment où les interventions sont disponibles (p. ex., le soir en dehors des heures de cours), les étapes de leur vie, les connaissances adaptées à leur développement, l'application de l'information pour assurer la compréhension des interventions potentielles dans les différents groupes d'âge, le consentement et la protection de la vie privée, y compris en ce qui concerne la famille et les proches aidants. Des considérations supplémentaires doivent être prises en compte pour les circonstances individuelles d'un jeune, y compris la culture, la langue, le genre, la sexualité, la spiritualité et d'autres facteurs qui pourraient avoir une incidence sur ses besoins en matière de santé.

La prévention et les stratégies d'adaptation positives sont prioritaires. Les interventions doivent témoigner des soins fondés sur des données probantes, définies au sens large pour inclure les données probantes fondées sur la pratique, les pratiques sages, les connaissances traditionnelles et l'expertise vécue et vivante. Les interventions doivent également être adaptées au développement du jeune et tenir compte de sa situation personnelle, y compris de sa capacité à donner son consentement. Le modèle de partenariat avec les jeunes doit adopter une approche fondée sur les atouts, être mis en œuvre sans stigmatisation ni jugement, et souligner l'importance de résultats réels et positifs pour les jeunes.

Voici des questions clés distinctes, mais reliées :

- Groupe de travail 1 : Droits de la personne et équité fondamentale en matière de santé
- Groupe de travail 2 : Accès en temps opportun aux soins de SMSLCS
- Groupe de travail 4 : Soins de santé centrés sur les personnes et co-création des soins

Lacune : Lignes directrices pour un partenariat constructif avec la jeunesse dans les décisions relatives aux interventions en matière de SMSLCS. Les jeunes ont des besoins uniques et spécifiques en matière d'interventions dans le domaine de la SMSLCS, et l'adoption d'interventions centrées sur les adultes pour les jeunes suscite des inquiétudes. Les fournisseurs de soins ont besoin de conseils pour déterminer comment collaborer réellement avec les jeunes dans le cadre de leurs soins de santé, tout en respectant l'autonomie, l'humanité et l'individualité de chacun d'entre eux.

Considérations réglementaires : Comment cela peut affecter l'homologation des services provinciaux de l'enfance et de la famille et la prise en charge des jeunes. Comment cela peut affecter la législation relative aux traitements obligatoires et aux services de gestion du retrait des jeunes (y compris les questions de consentement).

Recommandation : Qu'un document normatif soit élaboré pour (A) souligner ce à quoi les jeunes peuvent attendre des fournisseurs de soins lorsqu'ils cherchent à obtenir des interventions en matière de santé mentale ou de santé liée à la consommation de substances, et (B) offrir des conseils aux fournisseurs de soins sur la manière d'établir des partenariats avec les jeunes et de les impliquer de manière réelle dans leurs décisions en matière de soins de santé.

⁸ <https://www.un.org/fr/global-issues/youth>.

Organisations : Federation of Integrated Youth Services Networks; Foundry; Carrefours bien-être pour les jeunes; Aire Ouverte; ACCESS Open Minds; Huddle Manitoba; Organisation des normes en santé; Instituts de recherche en santé du Canada; Institut du savoir sur la santé mentale et les dépendances chez les enfants et les jeunes; Groupe CSA; Fondation Graham Boeckh; We Matter; Canadian Roots Exchange.

Enjeu 17 – Promotion de soins en partenariat avec la jeunesse qui sont équitables, accessibles et qui reflètent la culture et l’identité

Les jeunes doivent avoir accès à des soins de SMSLCS qui sont équitables, qui reflètent la culture et l’identité, qui sont socialement justes, et qui sont offerts en partenariat avec la jeunesse. Pour être véritablement équitables, ces soins doivent adopter une approche fondée sur les atouts, tenir compte des traumatismes, être activement antiracistes et s’attaquer à la stigmatisation, à la violence structurelle et à la violence coloniale.

Favoriser et encourager la faculté d’agir de la jeunesse est une première étape importante de ce processus. Pour ce faire, le jeune doit être habilité à définir ses objectifs en matière de soins de santé et les résultats qu’il souhaite obtenir. Pour faire des choix éclairés en matière de santé, les jeunes doivent disposer du temps et de l’espace nécessaires pour examiner les options qui s’offrent à eux. Le renforcement des capacités et l’application des connaissances peuvent être nécessaires pour s’assurer que le jeune comprend les options dont il dispose pour améliorer sa santé et qu’il est en mesure de co-concevoir l’approche à l’égard du bien-être; un intervenant-pivot en soins de santé peut être utile à cet égard. Il est également important de tenir compte de la langue maternelle du jeune et de prévoir des services d’interprétation (y compris pour les personnes non verbales ou peu verbales). Cette responsabilisation doit également tenir compte de la situation individuelle du jeune, y compris de sa capacité à faire un choix éclairé. La famille ou les proches aidants ont souvent un rôle à jouer dans ce processus.

Les jeunes sont souvent forcés d’attendre pour accéder aux services en raison du manque de disponibilité. Il convient donc de remédier à la situation. Les soins intégrés et un modèle de soins par paliers peuvent contribuer à réduire les temps d’attente. Toutefois, l’insuffisance et l’inégalité du financement des services de SMSLCS constituent un obstacle important à l’accès à ces services; il faut y remédier si l’on veut répondre aux besoins des jeunes.

Une attention particulière doit aussi être accordée aux jeunes qui ont ou ont eu des démêlés avec le système pénitentiaire, afin de s’assurer que leur rôle et leur perception de la sécurité sont respectés et que les soins qu’ils reçoivent sont respectueux de leur culture et de leur identité, répondent à leurs besoins et les aident à atteindre les objectifs de santé qu’ils se sont eux-mêmes fixés.

Il est également important de reconnaître que les méthodes culturelles de guérison peuvent être tout aussi valables que les pratiques occidentales, en particulier pour les jeunes qui sont loin de leur communauté d’origine. L’accès à des soins qui reflètent la culture peut fournir aux jeunes les outils nécessaires pour traiter efficacement les problèmes de SMSLCS, et doit être abordé et mis à la disposition des jeunes.

Enfin, il est important de reconnaître les déterminants sociaux de la santé et le fait que les besoins fondamentaux d’un jeune (nourriture, logement sûr, sécurité personnelle) doivent être satisfaits avant qu’il ne soit en mesure de mener une vie saine.

Voici des questions clés distinctes, mais reliées :

- Groupe de travail 1 : Différents types de données probantes et d'expériences
- Groupe de travail 1 : Droits de la personne et équité fondamentale en matière de santé
- Groupe de travail 1 : Systèmes de connaissances des Premières Nations, des Inuits et des Métis et droits inhérents et en matière de traités
- Groupe de travail 1 : Qualité des services de santé atteignable par une gestion efficace des déterminants sociaux de la santé
- Groupe de travail 2 : Accès en temps opportun aux soins de SMSLCS
- Groupe de travail 4 : Soins de santé centrés sur les personnes et co-création des soins

Lacune : Promotion de soins en partenariat avec la jeunesse qui sont équitables, accessibles et qui reflètent la culture et l'identité. Les jeunes doivent avoir accès à des soins de SMSLCS qui sont équitables, qui reflètent la culture et l'identité, qui sont socialement justes, et qui sont offerts en partenariat avec la jeunesse. Les fournisseurs de soins donnent aux jeunes les moyens d'agir par le renforcement des capacités et l'application des connaissances, afin qu'ils puissent faire le choix éclairé de recevoir des soins de santé qui correspondent à leur identité et aux résultats qu'ils souhaitent obtenir.

Considérations réglementaires : Le principe de Jordan (nommé en l'honneur de Jordan River Anderson), qui garantit que tous les enfants des Premières Nations vivant au Canada peuvent accéder aux produits, services et soutiens dont ils ont besoin, au moment où ils en ont besoin. Le principe de Joyce (du nom de Joyce Echaquan), qui vise à garantir à tous les peuples autochtones le droit d'accéder équitablement, sans aucune discrimination, à tous les services sociaux et de santé, ainsi que le droit de jouir de la meilleure santé physique, mentale, émotionnelle et spirituelle possible.

Recommandation : Que des directives soient élaborées pour établir et promouvoir l'accès à des soins équitables et respectueux de la culture et de l'identité des jeunes

Organisations : Federation of Integrated Youth Services Networks; Foundry; Carrefours bien-être pour les jeunes; Aire Ouverte; ACCESS Open Minds; Huddle Manitoba; Organisation des normes en santé; Instituts de recherche en santé du Canada; Institut du savoir sur la santé mentale et les dépendances chez les enfants et les jeunes; Groupe CSA; Fondation Graham Boeckh; We Matter; Canadian Roots Exchange.

Enjeu 18 – Processus et outils de dépistage systématique pour les jeunes

Des processus et des outils de dépistage efficaces peuvent contribuer à garantir que les enfants et les jeunes sont en mesure d'accéder à des soins de santé mentale ou à des soins de santé liée à la consommation de substances qui répondent à leurs besoins en temps opportun, en les orientant directement vers le niveau de soins requis en fonction de leur état de santé et en répondant aux résultats souhaités en matière de santé. Les processus et outils de dépistage doivent donner la priorité à un partenariat avec l'enfant ou le jeune et chercher à effectuer une intervention précoce et à offrir un accès aux soins (si nécessaire) avant l'apparition de crises sanitaires, dans la mesure du possible. Ces processus et outils doivent être co-conçus, s'efforcer de lutter contre la stigmatisation qui entoure les discussions sur la SMSLCS (y compris la stigmatisation personnelle, la stigmatisation sociale et la stigmatisation structurelle), adopter une approche de soins par paliers⁹ qui relie directement les personnes aux aides dont elles ont besoin en temps utile (y compris les soins concomitants pour ceux

⁹ Les soins par paliers, tels qu'ils sont utilisés dans le présent document, font référence à un modèle de soins qui reconnaît que les individus ont des besoins uniques en matière de soins et qu'ils doivent avoir accès aux soins dont ils ont besoin au moment où ils en ont besoin.

qui en ont besoin), et s'assurer de ne jamais « cogner à la mauvaise porte » lorsqu'elles accèdent aux services. Des investissements continus dans le système sont nécessaires pour s'assurer qu'il y a suffisamment de fournisseurs de soins, et que ces fournisseurs disposent des connaissances, des ressources et du soutien nécessaires pour s'assurer qu'ils ont les compétences techniques et comportementales pour offrir en toute confiance des soins de SMSLCS aux jeunes.

Lorsque des processus et des outils de dépistage systématique sont mis en œuvre, les enfants et les jeunes (ainsi que leur famille et les personnes qui s'occupent d'eux, le cas échéant) sont soutenus tout au long du processus par l'application des connaissances et les services d'intervenants-pivots en soins, le soutien par les pairs ou d'autres services semblables. Les conversations sur les soins doivent tenir compte des traumatismes, et un soutien à la famille et aux proches aidants est également nécessaire pour s'assurer que leur santé est également préservée. Si nécessaire, des services d'interprétation (y compris la langue des signes, le cas échéant) sont offerts aux personnes dont les compétences linguistiques en anglais ou en français sont limitées, dont la capacité verbale est restreinte ou qui sont non verbales.

Les processus et les outils doivent tenir compte de l'acuité et de l'urgence des besoins des enfants et des jeunes afin que le niveau de soins nécessaire soit offert dès qu'il est requis. Dans les cas où les listes d'attente empêchent l'accès immédiat aux soins, des options de soins supplémentaires sont proposées pour garantir que la personne bénéficie d'un certain niveau de soutien pendant qu'elle est sur une liste d'attente. La réduction des méfaits devrait être envisagée, le cas échéant. Pour les personnes qui reçoivent des soins, toute transition entre les fournisseurs de soins doit se faire en douceur et éviter (dans la mesure du possible) de les obliger à raconter leur histoire à plusieurs reprises. Les processus et outils de dépistage doivent également éviter les charges administratives inutiles, comme les formulaires ou la paperasserie excessifs qui ne sont pas nécessaires ou qui ont déjà été remplis. La communication et l'échange de données entre les fournisseurs doivent respecter la confidentialité, la sécurité et la souveraineté des données, y compris la souveraineté des données autochtones.

Étant donné que les processus et les outils normalisés ne répondent pas toujours aux besoins des communautés historiquement mal desservies, il convient d'accorder une attention particulière à la situation de chaque jeune. Les processus et les outils doivent être fondés sur des données probantes et générer des données probantes, de manière à ce que toute lacune puisse être reconnue et corrigée. Ils doivent s'attaquer à la stigmatisation et l'éliminer, et se fonder sur des principes antiracistes. Il faut également s'assurer que les jeunes touchés par le système correctionnel (y compris les enfants de personnes incarcérées) sont bien servis par ces outils. Les traitements ne doivent pas être compromis par les approches correctionnelles. Les déterminants sociaux de la santé doivent également être pris en compte dans les processus de dépistage. Un suivi doit également être assuré afin de mesurer l'efficacité des interventions et de s'assurer que le jeune bénéficie du soutien nécessaire dans son parcours vers une meilleure santé.

Voici des questions clés distinctes, mais reliées :

- Groupe de travail 1 : Mécanismes de redevabilité et d'évaluation
- Groupe de travail 1 : Réduction des méfaits comme principe ou approche de base
- Groupe de travail 1 : Qualité des services de santé atteignable par une gestion efficace des déterminants sociaux de la santé
- Groupe de travail 2 : Accès en temps opportun aux soins de SMSLCS
- Groupe de travail 2 : Continuité des soins
- Groupe de travail 4 : Approche collaborative pour l'évaluation, le traitement et la planification du soutien

Lacune : Processus et outils de dépistage systématique pour les jeunes. Des processus et des outils de dépistage efficaces peuvent contribuer à garantir que les enfants et les jeunes sont en mesure d'accéder à des soins de santé mentale ou à des soins de santé liée à la consommation de substances qui répondent à leurs besoins en temps opportun, en les orientant directement vers le niveau de soins requis en fonction de leur état de santé et en répondant aux résultats souhaités en matière de santé. Les processus et outils de dépistage doivent donner la priorité à un partenariat avec l'enfant ou le jeune et chercher à effectuer une intervention précoce et à offrir un accès aux soins (si nécessaire) avant l'apparition de crises sanitaires, dans la mesure du possible.

Considérations réglementaires : Les principes de propriété, de contrôle, d'accès et de possession (PCAP) des Premières Nations relatifs aux données de santé (voir : Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations, CGIPN.ca)

Recommandation : Que des directives soient élaborées pour décrire comment élaborer des processus et des outils de dépistage systématique qui donnent la priorité à la faculté d'agir de la jeunesse et aident les enfants et les jeunes à accéder aux soins de santé mentale ou de santé liée à la consommation de substances dont ils ont besoin en temps opportun.

Organisations : Federation of Integrated Youth Services Networks; Foundry; Carrefours bien-être pour les jeunes; Aire Ouverte; ACCESS Open Minds; Huddle Manitoba; Organisation des normes en santé; Instituts de recherche en santé du Canada; Institut du savoir sur la santé mentale et les dépendances chez les enfants et les jeunes; Groupe CSA; Fondation Graham Boeckh; We Matter; Canadian Roots Exchange; Organisation internationale de normalisation.

Enjeu 19 – Communication et collaboration dans le cadre de la continuité des soins pour les enfants et les jeunes

Une communication et une collaboration efficaces entre les jeunes et leur entourage sont importantes pour protéger leur SMSLCS psychoactives. Cette collaboration s'étend du jeune à sa famille (ou à la famille choisie) en passant par les écoles, les organisations communautaires (p. ex., les clubs sportifs, les centres communautaires, les centres religieux ou culturels), et tout au long de la continuité des soins¹⁰ pour les jeunes. Ce modèle de collaboration en matière de soutien et de soins doit viser à rencontrer les jeunes là où ils se trouvent, à établir des partenariats avec eux, à éliminer la stigmatisation et la honte, à intervenir de façon précoce, à réduire les risques, à dispenser des soins échelonnés, à affirmer l'identité et la culture des jeunes et à les aider à atteindre les objectifs de santé qu'ils se sont eux-mêmes fixés. La communication et l'échange de données entre les fournisseurs doivent toujours respecter le consentement continu, la confidentialité des données, la sécurité et la souveraineté des données, y compris la souveraineté des données autochtones.

Les établissements d'enseignement (y compris les centres de la petite enfance, les garderies, les écoles primaires, les écoles secondaires et les établissements d'enseignement supérieur) offrent une occasion précoce de sensibiliser les élèves à la SMSLCS et de les faire participer à leur propre bien-être. Les stratégies d'éducation, de promotion de la santé, de prévention et d'intervention précoce dans les écoles, en partenariat avec les organisations communautaires ou de santé, peuvent aider les jeunes à mieux

¹⁰ La « continuité des soins » fait référence aux segments connectés (et parfois déconnectés) du système de soins de santé, depuis l'éducation et les soins préventifs, l'intervention précoce, les traitements ou autres interventions, la réadaptation, le maintien et le congé. Cette continuité n'est pas toujours linéaire et les individus peuvent faire des allers-retours tout au long de leur parcours de santé.

comprendre la SMSLCS. Ces institutions peuvent également faciliter l'accès aux soins pour les jeunes qui ont des questions, des préoccupations ou des problèmes liés à la SMSLCS (ou à celle de leurs proches). Pour les jeunes qui souhaitent obtenir ou reçoivent des soins, les écoles doivent apporter leur soutien et faire preuve de flexibilité et d'empathie. L'information ou les documents demandés aux élèves pour expliquer leurs absences doivent être raisonnables et ne pas être invasifs ou retraumatisants; les intervenants-pivots en soins de santé, les praticiens et les familles, les familles choisies ou les adultes de confiance peuvent aider les jeunes à expliquer leurs absences ou les devoirs manqués aux administrateurs de l'école. Au Canada, la capacité des écoles à appuyer les étudiants de cette manière peut être entravée par des contraintes de ressources, et des investissements supplémentaires dans ce domaine pourraient permettre de mieux contribuer à la santé des jeunes.

Les personnes qui apportent un soutien et des soins à la SMSLCS des adolescents communiquent et collaborent avec d'autres personnes impliquées dans la vie de l'adolescent, tout en respectant l'autonomie de l'adolescent et son consentement éclairé continu. La communication et la collaboration avec les familles, les familles choisies et les adultes de confiance peuvent aider les jeunes à prendre des décisions éclairées sur leur santé, et les fournisseurs de soins doivent en priorité aider les jeunes à mettre en place un système de soutien personnel qui leur permettra de poursuivre leurs objectifs personnels en matière de santé.

Des processus de dépistage efficaces sont importants, notamment en raison de la cooccurrence fréquente des problèmes de SMSLCS; les fournisseurs de soins qui voient les jeunes pour des problèmes dans l'un de ces domaines doivent dépister les problèmes cooccurrents non reconnus dans l'autre domaine. Il peut s'avérer nécessaire de perfectionner des compétences comportementales et techniques nouvelles ou complémentaires, adaptées aux jeunes, afin que les fournisseurs de soins disposent des outils et des techniques nécessaires pour offrir des soins efficaces aux jeunes. Les soins de suivi sont importants, y compris pendant la transition des soins, pour s'assurer que la collaboration entre les fournisseurs de soins se poursuive et que les jeunes continuent à recevoir le soutien et les soins dont ils ont besoin. Les approches à l'égard de la prise en charge sont fondées sur des données probantes et génératrices de données probantes, et sont adaptées à l'étape de développement et aux capacités du jeune.

Une communication et une collaboration efficaces sont particulièrement importantes pour s'assurer qu'il n'y a aucune lacune dans le soutien lorsque les jeunes vivent des transitions dans la prise en charge, y compris le congé, la réintégration dans leur communauté, les transitions administratives entre les administrations, et les transitions liées à l'âge. Les jeunes qui sont sur le point de passer à l'âge adulte peuvent avoir besoin d'un soutien et de soins particuliers; dans certaines circonstances, il peut être plus judicieux pour un « adulte » de continuer à recevoir des soins de la part d'un fournisseur qui s'occupe principalement de jeunes. La flexibilité est importante pour s'assurer qu'une personne reçoive le niveau de soins approprié. En outre, compte tenu des listes d'attente qui existent pour les soins destinés aux adultes, il peut être judicieux qu'un jeune soit placé sur une liste d'attente pour des soins avant d'y être techniquement admissible; son temps d'attente sera alors réduit une fois qu'il sera admissible à ces soins destinés aux adultes. Les transitions d'une administration à l'autre (c.-à-d. d'un pays, d'une province ou d'un fournisseur de soins à l'autre) peuvent également constituer un défi; les intermédiaires, les intervenants-pivots et autre soutien semblable peuvent aider les jeunes à gérer les transitions dans les soins.

Une attention particulière est accordée aux jeunes qui sont ou ont été impliqués dans le système pénitentiaire. Les approches punitives doivent être remplacées par des approches de soutien, dans la mesure du possible, et il est important de s'assurer que les interventions n'augmentent pas (intentionnellement ou non) le risque pour les jeunes de devenir sans-abri ou de faire l'objet de la traite de personnes. Enfin, il est important de reconnaître les déterminants sociaux de la santé et le fait que

les besoins fondamentaux d'un jeune (nourriture, logement sûr, sécurité personnelle) doivent être satisfaits avant qu'il ne soit en mesure de mener une vie saine.

Voici des questions clés distinctes, mais reliées :

- Groupe de travail 1 : Mécanismes de redevabilité et d'évaluation
- Groupe de travail 1 : Réduction des méfaits comme principe ou approche de base
- Groupe de travail 1 : Qualité des services de santé atteignable par une gestion efficace des déterminants sociaux de la santé
- Groupe de travail 1 : Accès et accessibilité coordonnés
- Groupe de travail 2 : Accès en temps opportun aux soins de SMSLCS
- Groupe de travail 2 : Continuité des soins
- Groupe de travail 2 : Service mobile d'intervention et de soins en cas de crise
- Groupe de travail 4 : Continuité des soins (considérations particulières pour les besoins complexes)
- Groupe de travail 4 : Approche collaborative pour l'évaluation, le traitement et la planification du soutien

Lacune : **Communication et collaboration dans le cadre de la continuité des soins pour les enfants et les jeunes.** Pour assurer la protection de la SMSLCS des jeunes, il est impératif que les personnes et les organisations responsables de leur bien-être communiquent et collaborent efficacement. Cette collaboration s'étend des familles en passant par les écoles, les organisations communautaires (p. ex., les clubs sportifs, les centres communautaires, les centres religieux ou culturels), et tout au long de la continuité des soins pour les jeunes.

Recommandation : Que des directives soient élaborées pour faciliter la communication et la collaboration entre les jeunes, les familles ou les familles choisies, les organisations communautaires et la continuité des soins afin d'améliorer ou de préserver la SMSLCS des jeunes.

Organisations : Federation of Integrated Youth Services Networks; Foundry; Carrefours bien-être pour les jeunes; Aire Ouverte; ACCESS Open Minds; Huddle Manitoba; Organisation des normes en santé; Instituts de recherche en santé du Canada; Institut du savoir sur la santé mentale et les dépendances chez les enfants et les jeunes; Groupe CSA; Fondation Graham Boeckh; We Matter; Canadian Roots Exchange; Centre de toxicomanies et de santé mentale; Organisation internationale de normalisation.

Enjeu 20 – Soins de santé liée à la consommation de substances pour les jeunes

Les jeunes qui souhaitent obtenir des soins de santé liée à la consommation de substances ont besoin d'un soutien qui tient compte de leur étape de développement. Comme le souligne la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant¹¹, dont le Canada est signataire, nous avons le devoir de protéger les jeunes contre les drogues nocives et les substances psychotropes, ainsi que contre les méfaits associés au commerce de la drogue.

Les discussions sur la santé liée à la consommation de substances des enfants et des jeunes doivent donner la priorité à l'éducation, à l'intervention précoce (dépistage, intervention brève et directive vers un traitement) et à la réduction des méfaits fondée sur des données probantes, et il faut renforcer les

¹¹ <https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>

capacités dans tous ces domaines afin de réduire et de traiter les problèmes de santé liés à la consommation de substances psychoactives chez les jeunes. Les parents et les adultes attentifs de la communauté (y compris ceux des organismes communautaires de jeunesse, des clubs et des équipes sportives, et des centres de services intégrés) peuvent soutenir les jeunes par l'éducation et l'intervention précoce, mais peuvent avoir besoin d'une formation et de ressources plus développées pour le faire efficacement d'une manière qui soutienne les jeunes et qui leur convienne. Ces relations peuvent aider les jeunes à contribuer à leur communauté, à trouver un sens à ces liens et à insuffler de l'espoir pour leur santé et leur bien-être.

Les soins de santé liés à la consommation de substances psychoactives doivent aller à la rencontre des jeunes là où ils se trouvent, s'associer à eux pour choisir les soins et les interventions, être fondés sur les atouts, affirmer leur culture et leur identité, tenir compte des traumatismes, exiger un consentement permanent et chercher à éliminer la stigmatisation et la honte des discussions. Une approche par paliers peut contribuer à assurer le bon niveau de soins, et les fournisseurs de soins doivent disposer des connaissances, des ressources et du soutien nécessaires pour s'assurer qu'ils possèdent les compétences techniques et comportementales leur permettant de fournir en toute confiance des soins de santé liée à la consommation de substances aux jeunes. La famille, la famille choisie et les adultes bienveillants sont souvent des partenaires importants pour les jeunes qui cherchent à obtenir des soins de santé liée à la consommation de substances, et ils doivent être soutenus dans ce rôle. Les approches fondées sur l'abstinence ne fonctionnent pas pour tous les individus et constituent un obstacle à l'accès aux soins; les jeunes doivent accéder aux soins même (voire surtout) lorsqu'ils présentent des symptômes de leurs maladies liées à la consommation de substances ou à la santé mentale. Les jeunes ne doivent pas se voir refuser des soins parce qu'ils ont consommé des substances.

La cooccurrence fréquente des problèmes de SMSLCS doit être reconnue et abordée. Les jeunes souffrant de problèmes de santé mentale peuvent tenter de se soulager en consommant des substances nocives, et la consommation de substances peut également entraîner des problèmes de santé mentale. Lorsqu'un jeune cherche de l'aide pour l'un ou l'autre de ces problèmes, il faut procéder à un dépistage pour s'assurer que les soins qu'il reçoit tiennent compte de sa personnalité à part entière, d'une manière intégrée qui tient compte de la santé mentale, de la santé liée à la consommation de substances et de la santé physique.

L'incarcération, le système correctionnel et le système de protection de l'enfance sont généralement mal adaptés au soutien des jeunes ayant des problèmes de santé liés à la consommation de substances. Les jeunes touchés par le système correctionnel, y compris ceux qui sont incarcérés, doivent avoir un accès à des soins de santé fondés sur des données probantes et à des soins de santé liée à la consommation de substances de soutien, afin de les aider dans leur cheminement vers une meilleure santé. Enfin, il est important de reconnaître les déterminants sociaux de la santé et le fait que les besoins fondamentaux d'un jeune (nourriture, logement sûr, sécurité personnelle) doivent être satisfaits avant qu'il ne soit en mesure de mener une vie saine.

Voici des questions clés distinctes, mais reliées :

- Groupe de travail 1 : Réduction des méfaits comme principe ou approche de base
- Groupe de travail 1 : Accès et accessibilité coordonnés
- Groupe de travail 2 : Accès en temps opportun aux soins de SMSLCS
- Groupe de travail 2 : Continuité des soins
- Groupe de travail 4 : Réduction des méfaits (considérations particulières pour les besoins complexes)

Lacune : Soins de santé liée à la consommation de substances pour les jeunes. Les jeunes qui souhaitent obtenir des soins de santé liée à la consommation de substances ont besoin d'un soutien qui tient compte de leur étape de développement. Les discussions sur la santé liée à la consommation de substances des enfants et des jeunes doivent donner la priorité à l'éducation, à l'intervention précoce et à la réduction des méfaits fondée sur des données probantes. Les soins doivent aller à la rencontre des jeunes là où ils se trouvent, s'associer à eux pour choisir les soins et les interventions, affirmer leur culture et leur identité, tenir compte des traumatismes et chercher à éliminer la stigmatisation et la honte des discussions. **La R et D est-elle nécessaire?** Oui. D'autres recherches sont nécessaires pour déterminer quels sont les domaines clés à privilégier pour créer les bases d'une collaboration en matière de données.

Recommandation : Que des directives soient élaborées afin de définir des stratégies efficaces pour soutenir la santé des jeunes liée à la consommation de substances psychoactives par l'éducation, l'intervention précoce et la réduction des méfaits fondée sur des données probantes.

Organisations : Federation of Integrated Youth Services Networks; Foundry; Carrefours bien-être pour les jeunes; Aire Ouverte; ACCESS Open Minds; Huddle Manitoba; Organisation des normes en santé; Instituts de recherche en santé du Canada; Institut du savoir sur la santé mentale et les dépendances chez les enfants et les jeunes; Groupe CSA; Fondation Graham Boeckh; We Matter; Canadian Roots Exchange; Centre de toxicomanie et de santé mentale; Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances.

Enjeu 21 – Soutien aux proches aidants qui accompagnent les jeunes

La famille, la famille choisie et les proches aidants forment souvent un système de soutien essentiel pour les jeunes qui souhaitent se faire soigner pour des problèmes de santé mentale ou de santé liée à la consommation de substances. Cependant, pour soutenir efficacement les jeunes, ces personnes doivent disposer des informations, des ressources et du temps nécessaires pour aider les jeunes à cerner et à poursuivre les soins dont ils ont besoin.

Dans le cadre d'une approche en partenariat avec la jeunesse, les jeunes doivent donner leur consentement continu à la participation de la famille, de la famille choisie ou d'autres adultes bienveillants aux discussions relatives à leurs décisions en matière de santé et de soins. Ceci doit également tenir compte de la situation individuelle du jeune, y compris de sa capacité à faire un choix éclairé. Il est aussi souvent possible de trouver le soutien dans la communauté d'un jeune, y compris dans les systèmes scolaires. Il est important de noter que les parents ne soutiennent pas toujours les décisions prises par les jeunes en matière d'identité ou de soins; le rôle des parents et des proches aidants doit être respecté, mais le consentement du jeune doit être au centre de ces discussions.

Les adultes de soutien ont besoin d'informations accessibles, de ressources et du temps nécessaire pour travailler avec les jeunes afin de s'assurer qu'ils comprennent clairement les options de soins de santé et qu'ils consentent réellement aux options choisies. L'application des connaissances peut s'avérer nécessaire pour assurer la compréhension; un intervenant-pivot en soins de santé peut aider à cet égard. Il est également important de tenir compte de la langue maternelle de la personne et de prévoir des services d'interprétation (y compris pour les personnes non verbales ou peu verbales). Ces informations doivent également être pertinentes sur le plan culturel afin de répondre aux besoins du jeune qui souhaite obtenir des soins.

Le soutien doit également souligner l'importance d'éliminer la stigmatisation liée à la SMSLCS, d'affirmer les identités croisées des jeunes, la sécurité culturelle et la lutte contre le racisme.

Voici des questions clés distinctes, mais reliées :

- Groupe de travail 1 : Vie privée et confidentialité en SMSLCS
- Groupe de travail 4 : Valorisation du rôle des familles et des proches aidants qui accompagnent les personnes ayant des besoins complexes, et reconnaissance de leurs propres besoins en matière de services et de soutien

Lacune : **Soutien aux proches aidants qui accompagnent les jeunes.** La famille, la famille choisie, les proches aidants et les adultes bienveillants forment souvent un système de soutien essentiel pour les jeunes qui souhaitent se faire soigner pour des problèmes de santé mentale ou de santé liée à la consommation de substances. Cependant, pour soutenir efficacement les jeunes, ces personnes doivent disposer des informations, des ressources et du temps nécessaires pour aider les jeunes à cerner et à poursuivre les soins dont ils ont besoin.

Recommandation Des outils devraient être mis au point pour offrir les ressources et le soutien nécessaires aux adultes qui s'occupent des jeunes (famille, famille choisie, autres adultes importants) et qui appuient la santé et le bien-être des jeunes.

Organisations : Federation of Integrated Youth Services Networks; Foundry; Carrefours bien-être pour les jeunes; Aire Ouverte; ACCESS Open Minds; Huddle Manitoba; Organisation des normes en santé; Instituts de recherche en santé du Canada; Institut du savoir sur la santé mentale et les dépendances chez les enfants et les jeunes; Groupe CSA; Fondation Graham Boeckh; We Matter; Canadian Roots Exchange; Centre de toxicomanies et de santé mentale.

Groupe de travail 4 : Personnes ayant des besoins complexes

Enjeu 22 – Soins de santé axés sur les personnes et cocréation de soins

Les soins axés sur les personnes et tenant compte des traumatismes sont au cœur de la prestation de soins de santé efficaces, et ils sont particulièrement cruciaux pour les personnes ayant des besoins complexes. Cette approche exige de reconnaître et de donner la priorité aux objectifs et aux préférences uniques des personnes qui souhaitent obtenir des soins, et implique souvent leurs familles et leurs proches aidants. Les soins doivent tenir compte non seulement de la santé physique, mais aussi de la SMSLCS, et reconnaître et traiter les vulnérabilités sociales et les autres défis de la vie.

Les soins axés sur les personnes reconnaissent les personnes ayant des besoins complexes comme des individus uniques, en adaptant les plans de traitement à leurs besoins distincts. L'équipe médicale est responsable de collaborer et d'intégrer le bien-être physique, mental et social de l'individu à son plan de soins, garantissant ainsi une approche personnalisée. La protection des droits des clients, la promotion de l'autonomie et de l'autodétermination constituent une priorité absolue. Lorsqu'une personne n'a pas la capacité de prendre des décisions relatives aux traitements de soins de santé, ces dernières doivent être appuyées par des gens en qui cette personne a confiance et par ses fournisseurs de services.

La mise en œuvre de soins axés sur les personnes nécessitera des changements systémiques, comme des normes, des directives et des politiques pancanadiennes élaborées en collaboration avec des personnes ayant une expertise vécue et des familles ou des proches aidants. Cela permettrait d'instaurer une culture centrée sur la personne dans les établissements cliniques et d'aider les familles et les proches aidants à relever les défis associés aux soins complexes. Les efforts collectifs visant à répondre aux besoins sociaux et à coordonner les soins dans différents contextes sont essentiels pour améliorer l'efficacité et l'inclusivité des soins axés sur les personnes. En favorisant la cocréation avec les individus, leurs familles, le cas échéant, et leurs équipes de soins, ce modèle de collaboration garantit que les soins sont façonnés par les perspectives et les préférences uniques des personnes directement impliquées.

Lacune : Faire progresser les soins axés sur les personnes pour les personnes ayant des besoins complexes. Reconnaître l'importance primordiale des soins axés sur les personnes, en particulier pour les personnes ayant des besoins complexes, souligne la nécessité d'établir des lignes directrices nationales normalisées, coélaborées par des personnes ayant une expérience concrète et des familles ou des proches aidants. Ces lignes directrices garantiraient une prestation de soins uniforme, quels que soient les points d'accès aux services. Des changements systémiques sont impératifs pour cultiver une culture de soins axés sur les personnes et offrir un meilleur soutien aux personnes dans le besoin.

Recommandation : Pour mettre en œuvre efficacement les soins axés sur les personnes, il est impératif de procéder à des changements systémiques, notamment en élaborant des normes, des directives et des politiques en collaboration avec des personnes ayant une expérience concrète, ainsi qu'avec les familles et les proches aidants. Cette approche collaborative favorisera une culture centrée sur les personnes au sein des établissements cliniques et apportera un soutien essentiel aux familles et aux proches aidants qui doivent faire face à la complexité des soins.

Organisations : Le groupe de travail a exprimé sa gêne à l'idée de dresser la liste des organisations sans en avoir obtenu l'autorisation préalable.

Enjeu 23 – Valorisation du rôle des familles et des proches aidants qui accompagnent les personnes ayant des besoins complexes, et reconnaissance de leurs propres besoins en matière de services et de soutien

Les familles et les proches aidants des personnes ayant des besoins complexes jouent un rôle central dans les méandres du système de santé. Malgré leur rôle essentiel en tant que principaux proches aidants, gestionnaires de cas et intervenants immédiats, ils fonctionnent indépendamment du système de santé. Cependant, leur participation est souvent négligée, ce qui entraîne des problèmes comme un traitement sous-optimal, des relations tendues et des possibilités de soutien holistique manquées.

Il est essentiel de reconnaître les conséquences émotionnelles, mentales et financières pour les proches aidants eux-mêmes, car leur bien-être influence directement sur l'état de santé de leurs proches. Dans ce contexte, les fournisseurs de soins sont des personnes qui offrent des soins sans être rémunérées, qu'il s'agisse de liens familiaux ou de cercles de soins non familiaux et informels, comme les amis, selon la décision du client. Il est essentiel de toujours demander l'autorisation aux personnes concernées de faire participer leur famille à leurs soins, en s'assurant qu'il s'agisse d'une demande permanente et que les personnes concernées conservent le droit de retirer leur autorisation à une date ultérieure. Les besoins des proches aidants et des membres de la famille évoluent tout au long de la vie, tout comme ceux des personnes ayant des besoins complexes. Il est essentiel de reconnaître ces changements dynamiques et d'adapter les mécanismes de soutien.

Les obstacles réglementaires, les dilemmes liés à la confidentialité et l'accès limité à des logements convenables ne font qu'intensifier ces défis. Un effort concerté est nécessaire pour reconnaître et inclure les familles et les proches aidants en tant que partenaires essentiels dans la continuité des soins, valoriser leurs points de vue et intégrer de manière transparente leurs contributions dans les soins de SMSLCS pour les personnes ayant des besoins complexes. Il peut être difficile de trouver un équilibre entre la contribution des familles ou des proches aidants et le respect de l'autonomie et de la capacité juridique des clients.

Lacune : **Comblé les lacunes dans la valorisation et l'intégration des familles ou des proches aidants en tant que partenaires essentiels dans le soutien aux personnes ayant des besoins complexes.** Alors que les familles et les proches aidants des personnes ayant des besoins complexes jouent un rôle essentiel dans le système de santé, il existe une lacune importante dans la reconnaissance, l'intégration et le soutien global de leur rôle. Cette négligence entraîne des problèmes comme un traitement sous-optimal, des relations tendues et des possibilités de soutien holistique manquées. L'évolution des besoins des proches aidants et des personnes qu'ils aident, combinée aux défis supplémentaires que représentent les obstacles réglementaires, les questions de confidentialité et les contraintes de logement, ne fait que creuser davantage ce fossé. Pour combler ce fossé, un effort concerté est nécessaire pour valoriser et intégrer harmonieusement les contributions des familles et des proches aidants en tant que partenaires essentiels dans la continuité des soins.

Considérations réglementaires : La *Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé* (LPRPS); la réglementation sur l'échange des renseignements sur la santé dans les différentes administrations; la *Loi sur le consentement aux soins de santé* en Ontario et les lois semblables dans d'autres provinces définissent les règles permettant d'obtenir le consentement éclairé des clients ou de leurs mandataires spéciaux pour les traitements et procédures médicaux; *Loi sur la santé mentale* : chaque territoire et chaque province ont leur propre réglementation en matière de santé mentale. Elle régit les procédures de prise de décision au nom d'autrui, l'évaluation de la capacité, les évaluations, les admissions et le seuil à partir duquel il est médicalement nécessaire de fournir un traitement à un client incapable de prendre ses propres décisions en matière de soins de santé. Ces lois prévoient différents niveaux d'implication des familles ou des proches aidants pour aider les clients à se rétablir.

Règlements sur les soins de longue durée : Les établissements et services de soins de longue durée sont réglementés à l'échelle provinciale. Les règlements abordent souvent sur des questions comme la qualité des soins, les droits des résidents et la participation des familles à la planification des soins. Par exemple, la *Loi sur les foyers de soins de longue durée* de l'Ontario définit des lignes directrices pour les conseils de famille et le rôle des familles dans la prise en charge de leurs proches.

Recommandation : L'élaboration de normes rigoureuses est impérative pour combler les lacunes recensées dans la « Valorisation du rôle des familles et des proches aidants qui accompagnent les personnes ayant des besoins complexes, et reconnaissance de leurs propres besoins en matière de services et de soutien ». Pour répondre à l'évolution des besoins des proches aidants et des personnes ayant des besoins complexes tout au long de leur vie, on recommande d'établir des normes nationales qui soulignent l'importance des familles et des proches aidants. Ces normes devraient préciser comment les fournisseurs de soins de santé peuvent mobiliser efficacement les proches aidants et les réseaux de soutien dans la planification des soins, la prise de décision et les processus de traitement, tout en préservant l'autonomie des clients.

Pour améliorer ces normes, il convient de tenir compte de plusieurs aspects essentiels. Tout d'abord, compte tenu des difficultés auxquelles sont confrontées les familles en raison des différentes interprétations de la *Loi sur la santé mentale*, on recommande d'établir un processus formel de révision

des lois provinciales avec une vision claire et un objectif d'uniformisation. Bien qu'il y ait des ressemblances parmi les 13 administrations, des différences nuancées dans les lois de chaque province font en sorte qu'il est difficile pour les parents de s'y retrouver dans les systèmes de soins de santé¹². Les efforts de collaboration et l'uniformisation des exigences légales et réglementaires aideront les parents à naviguer efficacement dans les processus de soins de santé.

Deuxièmement, un aspect essentiel de ces normes devrait consister à reconnaître l'évolution des besoins des proches aidants et des personnes ayant des besoins complexes à différentes étapes de la vie. Cela peut exiger la création de modèles de soutien adaptables qui peuvent être personnalisés pour répondre aux circonstances spécifiques et aux défis auxquels sont confrontés les aidants et les personnes dont ils s'occupent.

Troisièmement, pour garantir une mise en œuvre réussie, on conseille d'instaurer des programmes de formation ciblés pour les professionnels de la santé. Ces programmes peuvent aider les professionnels à mieux comprendre le rôle essentiel de la participation des aidants et proposer des stratégies pratiques pour mobiliser efficacement les réseaux de soutien. Cette initiative peut favoriser une culture de collaboration et de partenariat entre les fournisseurs de soins de santé, les réseaux de soutien et les proches aidants, contribuant ainsi à des soins plus holistiques et plus efficaces. En outre, les programmes de formation devraient inclure des conseils sur la manière de s'y retrouver dans les lois relatives à la protection de la vie privée et à la confidentialité, afin de s'assurer qu'elles n'entravent pas les soins.

Enfin, il est essentiel d'intégrer la formation et les considérations relatives à la compétence culturelle aux normes. Reconnaisant la diversité des origines des proches aidants et des personnes ayant des besoins complexes, les normes devraient préconiser des approches adaptées qui respectent les sensibilités culturelles et favorisent des pratiques de soins inclusives.

En conclusion, l'établissement de normes nationales complètes qui donnent la priorité au rôle des familles et des proches aidants dans le soutien aux personnes ayant des besoins complexes est une étape essentielle vers des soins de SMSLCS plus inclusifs, plus axés sur les personnes et plus efficaces. En relevant les défis liés aux différences législatives, en reconnaissant l'évolution des besoins des proches aidants, en offrant une formation ciblée aux professionnels de la santé et en faisant la promotion de la compétence culturelle, ces normes peuvent considérablement améliorer la qualité des soins offerts partout au pays. Grâce à la collaboration et à un engagement commun en faveur du bien-être des individus et de leurs réseaux de soutien, nous pouvons mettre en place un système de santé plus solidaire et plus réactif pour tous les Canadiens.

Organisations : Families for Addiction Recovery, Mental Illness Caregivers Association; Organisme de soutien aux aidants naturels de l'Ontario; Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale; Centre canadien d'excellence pour les aidants; Ontario Family Caregivers' Advisory Network; Commission de la santé mentale du Canada; Community Addictions Peer Support Association; Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances.

¹² Cela relève directement de la compétence des autorités provinciales et territoriales, puisqu'elles sont responsables de coordonner et de mettre en œuvre les lois en matière de santé mentale dans leurs régions respectives.

Enjeu 24 – Continuité des soins pour les personnes ayant des besoins complexes

Le terme « continuité des soins » décrit la manière dont les soins de santé sont offerts à une personne au fil du temps, notamment l'éducation, la promotion de la santé, la prévention, l'intervention précoce, la santé publique, les soins primaires, les soins de courte durée, le traitement, le suivi, le soutien communautaire et la prise en compte des déterminants sociaux de la santé. Une meilleure intégration tout au long de cette continuité peut contribuer à s'assurer que les personnes ayant des besoins de santé complexes reçoivent des soins continus qui tiennent compte l'ensemble de la personne. Le parcours de chaque personne dans la continuité des soins peut être différent. Les éléments peuvent se chevaucher et sont plus efficaces lorsqu'ils sont utilisés ensemble. Certaines personnes peuvent utiliser tous les services de la continuité des soins, d'autres non. De plus, certaines personnes peuvent revenir sur différents éléments en fonction des besoins. Cela met l'accent sur la diversité et l'individualisation du parcours de soins au sein de la continuité.

Actuellement, des lacunes existent tout au long de cette continuité, et ces lacunes peuvent faire en sorte que les personnes ne reçoivent pas les soins dont elles ont besoin. C'est particulièrement vrai pour les personnes ayant des besoins complexes. L'adoption d'une approche par paliers, c'est-à-dire le fait d'offrir à une personne le service le plus approprié, le plus efficace et exigeant le moins de ressources, selon l'approche par paliers, qui répondra à ses besoins et à ses préférences, peut contribuer à s'assurer que les personnes reçoivent les soins dont elles ont besoin au moment où elles en ont besoin. Les soins doivent tenir compte des circonstances individuelles, y compris de la capacité d'une personne à faire un choix éclairé. Il est important et bénéfique de prendre en considération la famille d'une personne, la famille choisie, les personnes de soutien ou les proches aidants et le rôle qu'ils pourraient jouer dans les décisions relatives à la santé, sous réserve de l'approbation de la personne recevant les soins.

Un système visant à minimiser le temps passé par une personne dans les établissements cliniques peut être mis en place par la promotion de la santé, de la réduction des méfaits et d'approches de soins par paliers. Cela permet d'éviter les crises sanitaires qui entraînent des visites à l'hôpital et des séjours prolongés dans des établissements hospitaliers ou cliniques.

Il est important que les services de la continuité des soins, y compris le traitement et la réduction des méfaits, se concentrent sur l'amélioration de la santé et aident les personnes à éviter l'itinérance, le système judiciaire et correctionnel ainsi que le système de protection de l'enfance afin qu'elles puissent librement poursuivre les objectifs de santé qu'elles se sont fixés.

Lacune : Évaluation complète des lacunes. L'absence de normes nationales concernant la continuité des soins de SMSLCS révèle des lacunes importantes dans la prestation des services. Même si les problèmes connus comme les obstacles à l'accès et les difficultés de communication entre les fournisseurs sont évidents, l'équipe de collaboration n'a pas eu suffisamment de temps pour recenser toutes les lacunes de manière exhaustive. Ces lacunes non recensées entravent l'accès aux soins essentiels, entraînant une fragmentation des services et des disparités dans les prestations. Il est impératif de poursuivre l'évaluation pour mettre au jour et combler ces lacunes, afin de promouvoir une prestation de soins plus cohérente et plus efficace pour les personnes qui en ont besoin et pour l'élaboration de futures normes.

Recommandation : Procéder à une évaluation approfondie afin de recenser les lacunes spécifiques le long de la continuité des soins, y compris les obstacles à l'accès, la fragmentation des services et les disparités dans la prestation des soins. Cette évaluation doit être menée conjointement par des personnes ayant une expérience concrète et des familles ou des proches aidants, en collaboration avec des professionnels de la santé. En permettant aux personnes ayant une expérience concrète,

ainsi qu'aux familles et aux proches aidants, de jouer un rôle de premier plan dans le processus d'évaluation, leurs points de vue, leurs besoins et leurs préférences peuvent être considérés comme prioritaires et centrés. Cette approche collaborative garantit que l'évaluation est menée avec une compréhension approfondie des défis auxquels sont confrontées les personnes directement concernées, ce qui permet d'obtenir des informations plus importantes et des solutions plus efficaces.

Organisations : Le groupe de travail a exprimé sa gêne à l'idée de dresser la liste des organisations sans en avoir obtenu l'autorisation préalable.

Annexe B

Liste de normes publiées de niveau 1 et des documents connexes pour les questions clés

GROUPE DE TRAVAIL 1 : FONDATION ET INTÉGRATION

Question clé 1 - Terminologie et langage non stigmatisants et consensuels

ISEN	Titre français	Éditeur
CSA B701-17	Organisations favorisant et appuyant les aidants naturels - Première édition	CSA
AUTRES DOCUMENTS D'ORIENTATION/NORMES PROPOSÉS PAR LES MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL		
CAN/HSO 22004	Santé mentale et dépendances	HSO
S.O.	Se servir des mots pour surmonter la stigmatisation : un guide d'introduction	CCDUS-ACEPA
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Guide d'introduction à la stigmatisation pour les journalistes – Un guide pour mieux publier des articles sur la consommation de substances et les personnes qui en sont touchées)	CCDUS-ACEPA
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Ho'i Hou Ka Maui Ola : les voies de la santé des peuples autochtones d'Hawaï)	University of Hawaii Press (Presses de l'Université de Hawaii)
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Honorer nos forces : nouveau cadre de référence pour aborder les problèmes de consommation de substances chez les Premières Nations au Canada)	APN, NNAPF et Santé Canada
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Maui Ola : les voies vers la santé optimale selon les méthodes Kanaka Oihi)	University of Hawaii Press (Presses de l'Université de Hawaii)
S.O.	Le choix des mots est important	CSMC
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Stigmatisation et discrimination et santé mentale)	Mental Health Australia (Santé mentale Australie)
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Stigmatisation – Le tueur silencieux : document d'information et revue de la littérature)	Société pour les troubles de l'humeur du Canada
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (L'impact de la stigmatisation et langage libre de stigmates)	Coalition Canadienne des politiques sur les drogues
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Termes clés et définition dans le secteur de la santé mentale)	OMS

Question clé 2- Différents types de données probantes et d'expériences

ISEN	Titre français	Éditeur
CGSB CAN/CGSB- 191.1-2013	Surveillance de l'éthique de recherches comportant des essais cliniques biomédicaux	ONGC
AUTRES DOCUMENTS D'ORIENTATION/NORMES PROPOSÉS PAR LES MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL		
HSO 75000	[Disponible uniquement en anglais] (Norme de sécurité culturelle et d'humilité de la Colombie-Britannique)	HSO
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Banque de donnée BrainHealth)	CAMH
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Compétence culturelle et pratique fondée sur les données probantes en santé mentale : communautés épistémiques et politiques de pluralisme)	Social science & médecine (Science sociale et médecine)
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Décoloniser les soins de santé : défis culturels et pluralisme épistémique en prise de décisions médicales avec les communautés autochtones)	Bioethics (Bioéthiques)
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Outils d'équité raciale)	Collective Impact Forum (Forum d'impact collectif)
S.O.	La santé mentale dans les communautés rurales et éloignées du Canada : Résumé des données probantes sur les pratiques exemplaires et prometteuses	CSMC

Question clé 3- Mécanismes de redevabilité et d'évaluation

ISEN	Titre français	Éditeur
Aucun document normatif de niveau I n'a été trouvé dans la recherche auprès d'OEN et d'organisations partenaires.		
AUTRES DOCUMENTS D'ORIENTATION/NORMES PROPOSÉS PAR LES MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL		
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Soins de santé mentale collaboratifs au Canada: défis, occasions et nouvelles directions)	Canadian Journal of Psychiatry (Journal canadien de psychiatrie)
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Cadre de système de soins pour la consommation de substances chez les adultes : document de politiques techniques pour la planification des systèmes de santé)	Ministry of Health, and Addictions - British Columbia (Ministère de la santé et des dépendances- Colombie-Britannique)

S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Appendice B – Modèle de services essentiels : une composante du Cadre A de consommation de substances de la Colombie-Britannique)	Ministry of Health, and Addictions - British Columbia (Ministère de la santé et des dépendances- Colombie-Britannique)
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Ensemble de données de l'Ontario sur la santé mentale et les dépendances – HL7MC FHIRM – Guide de mise en œuvre à jour)	EHealthOntario

Question clé 4- Droits de la personne et équité fondamentale en matière de santé

ISEN	Titre français	Éditeur
Aucun document normatif de niveau I n'a été trouvé dans la recherche auprès d'OEN et d'organisations partenaires.		
AUTRES DOCUMENTS D'ORIENTATION/NORMES PROPOSÉS PAR LES MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL		
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Égalité, dignité et inclusion : législation pour améliorer les droits de la personne pour ceux et celles vivant avec une maladie mentale)	ACSM
HSO 75000	[Disponible uniquement en anglais] (Norme de sécurité culturelle et d'humilité de la Colombie-Britannique)	HSO
S.O.	Loi canadienne sur les droits de la personne	Parlement du Canada
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Santé mentale, droits de la personne et législation : conseils et pratiques)	OMS, ONU
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Outils d'équité raciale)	Collective Impact Forum (Forum d'impact collectif)

Question clé 5- Principes et approches en réduction des méfaits

ISEN	Titre français	Éditeur
Aucun document normatif de niveau I n'a été trouvé dans la recherche auprès d'OEN et d'organisations partenaires.		
AUTRES DOCUMENTS D'ORIENTATION/NORMES PROPOSÉS PAR LES MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL		
S.O.	Les Lignes directrices relatives au soutien par les pairs	CSMC
HSO 75000	[Disponible uniquement en anglais] (Norme de sécurité culturelle et d'humilité de la Colombie-Britannique)	HSO
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Fiche descriptive – Principes et pratiques de réduction des méfaits chez les Autochtones)	FNHA
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Cadre de réduction des méfaits)	Substance Abuse and Mental Health Services

		Administration (Services administrative en abus de substance et en santé mentale)
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Politique de réduction des méfaits – Réduction des méfaits chez les Autochtones)	FNHA

Question clé 6- Systèmes de connaissances des Premières Nations, des Inuits et des Métis et droits inhérents et conférés par les traités

ISEN	Titre français	Éditeur
Aucun document normatif de niveau I n'a été trouvé dans la recherche auprès d'OEN et d'organisations partenaires.		
AUTRES DOCUMENTS D'ORIENTATION/NORMES PROPOSÉS PAR LES MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL		
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Toute première norme de sécurité culturelle et d'humilité; un jalon important pour éliminer le racisme systémique en Colombie-Britannique)	FNHA
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Aborder le racisme dans le système de soins de santé – Une position politique et un document de discussion)	Pauktuutit Inuit Women of Canada (Pauktuutit Femmes Inuit du Canada)
S.O.	Loi constitutionnelle de 1982; Partie II -Droits des peuples autochtones du Canada; Section 35	Parlement du Canada
S.O.	Directives sur l'utilisation des normes de collecte de données fondées sur la race et l'identité autochtone pour la production de rapports sur la santé au Canada	ICIS
S.O.	Déclaration des Nations unies sur les droits des peuples autochtones	Nations Unies

Question clé 7- Vie privée et confidentialité en matière de santé mentale et de santé liée à la consommation de substances

ISEN	Titre français	Éditeur
Aucun document normatif de niveau I n'a été trouvé dans la recherche auprès d'OEN et d'organisations partenaires.		
AUTRES DOCUMENTS D'ORIENTATION/NORMES PROPOSÉS PAR LES MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL		
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Guide sur la <i>Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé</i>)	Commissaire à l'information et à la protection de la vie privée
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Confidentialité et prestation de soins de santé moderne chez les Premières Nations)	Indigenous Law Journal (Journal de droits autochtones)

S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée)	BC Law (Justice C.-B.)
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Partage d'information dans le contexte de la santé mentale et de la consommation de substances en Colombie-Britannique)	ACSM
S.O.	Loi de 2004 sur la Protection des renseignements personnels sur la santé	Gouvernement de l'Ontario
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Loi sur la protection des renseignements personnels de Colombie-Britannique)	BC Law (Justice C.-B.)

Question clé 8- Qualité des services de santé atteignable par une gestion efficace des déterminants sociaux de la santé

ISEN	Titre français	Éditeur
Aucun document normatif de niveau I n'a été trouvé dans la recherche auprès d'OEN et d'organisations partenaires.		
AUTRES DOCUMENTS D'ORIENTATION/NORMES PROPOSÉS PAR LES MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL		
S.O.	Convention relative aux droits des personnes handicapées : Premier rapport du Canada	Patrimoine canadien
S.O.	Convention relative aux droits des personnes handicapées	Nations Unies
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Politique Inuite Nunangat – Ébauche finale sans préjugé)	Inuit Tapiriit Kanatami
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Lettre au premier ministre Justin Trudeau concernant le NunatuKavut)	Inuit Tapiriit Kanatami

Question clé 9- Santé, formation et compétences du personnel

ISEN	Titre français	Éditeur
CAN/HSO 11013	Consommation du cannabis à des fins médicales : Soins offerts aux usagers admis	HSO
CSA Z1650-21	Réponse paramédicale à la crise des opioïdes : éducation et formation à travers le processus de traitement et de soins en milieu extra-hospitalier et dans les communautés	CSA
AUTRES DOCUMENTS D'ORIENTATION/NORMES PROPOSÉS PAR LES MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL		
S.O.	Lignes directrices canadiennes sur la prévention, l'évaluation et le traitement de la dépression chez les personnes âgées	Coalition Canadienne pour la santé mentale des personnes âgées
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Compétences à l'intention de la main-d'œuvre dans le secteur de la consommation de substances au Canada; section IX – Guide de compétences techniques pour travailler avec les clients des Premières Nations)	CCDUS, NNAPF
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Manuel de soins de santé mentale centrés sur la personne)	Hogrefe

S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Maladies mentale et suicide chez les médecins)	The Lancet
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Norme réglementaire à l'intention de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé mentale et la santé liée à la consommation de substances au Canada : moderniser la réglementation pour augmenter l'accès équitable aux services)	Université Athabasca
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Compétences techniques pour la main-d'œuvre dans le secteur de la consommation de substances et en santé mentale au Canada)	CCDUS

Question clé 10- Continuité et transition des soins

ISEN	Titre français	Éditeur
BSI PAS 1616	[Disponible uniquement en anglais] (Soins de santé – Prestation de services cliniques – Spécification)	BSI
ISO 13972	Informatique de santé - Modèles d'informations cliniques - Caractéristiques, structures et exigences - Première édition	ISO, AENOR; DIN; SNV; BSI
ISO TS 17975	Informatique de santé - Principes et exigences des données pour le consentement dans la collecte, l'utilisation ou la divulgation d'informations de santé personnelles - Deuxième édition	ISO; BSI
ISO TS 21089	Informatique de santé - Flux d'informations "trusted end-to-end"s - Première édition	ISO; BSI
AUTRES DOCUMENTS D'ORIENTATION/NORMES PROPOSÉS PAR LES MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL		
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Adopter une approche commune de planification des soins de transition : Aider Maillons Santé à améliorer la transition et la coordination des soins)	Qualité des services de santé Ontario
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Continuité des soins tels qu'expérimentés par les utilisateurs de services de soins de santé mentale – Une étude qualitative)	BMC Health Services Research (Recherche BMC en services de santé)
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Guide à l'intention des psychologues au sujet des proches aidants)	APA
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Mise en œuvre de lignes directrices sur l'engagement de la famille auprès des personnes ayant des troubles psychotiques dans les centres de santé mentale communautaires)	BMC Health Services Research (Recherche BMC en services de santé)
S.O.	Directives pancanadiennes en faveur d'un système de prestation de services pour les proches aidants d'adultes ayant une maladie mentale	CSMC
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Aide-mémoire à l'appui de transitions de haute qualité entre les hôpitaux et les résidences pour patients de soins alternatifs ayant un double diagnostic)	Santé Ontario

S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Normes de qualité – Guide sur les processus et les méthodes)	Qualité des services de santé Ontario
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Le rôle des proches dans le parcours vers des soins aux patients vivant un premier épisode de psychose)	International Journal of Social Psychiatry (Journal international de psychiatrie sociale)
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Programme de transition de soins pour les personnes âgées : Améliorer les services de santé essentiels au Canada)	Research Outreach (Diffusion de recherche)
S.O.	Transitions entre l'hôpital et la maison - Soins pour les personnes de tous les âges	Qualité des services de santé Ontario
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Normes en matière de transition de soins – Une nouvelle marche à suivre)	American Case Management Association (Association américaine de gestion de cas), Pfizer
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Transition de soins : une série de techniques pour des soins primaires plus sûrs)	OMS

GRUPE DE TRAVAIL 2 : INTÉGRATION DE SERVICES DE SANTÉ DE SOINS PRIMAIRES

Question clé 11- Accès opportun à des soins de santé mentale et santé liée à la consommation de substances

ISEN	Titre français	Éditeur
À déterminer	Accord d'atelier intégration – De la santé mentale et de la santé liée à l'usage de substances dans les soins primaires au Canada	CSA
AUTRES DOCUMENTS D'ORIENTATION/NORMES PROPOSÉS PAR LES MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL		
CAN/DGSI 100-5	Cadre de capacité des données et des informations sur la santé	CGN
CAN/DGSI 103-2	Confiance et identité numérique - Partie 2: Prestation de services de santé	CGN
CAN/HSO 11012	Accès aux services de santé et aux services sociaux dans les langues officielles	HSO
CAN/HSO 22004	Santé mentale et dépendances	HSO
CAN/HSO 3001	Gestion des médicaments	HSO
CAN/HSO 34014	Gestion des médicaments pour les organismes extra-hospitaliers	HSO
CAN/HSO 5064	Programme de prévention du suicide	HSO
CAN/HSO 76000	Systèmes de santé intégrés centrés sur les personnes	HSO
CAN/HSO 83001	Télésanté	HSO

CIOSC/PAS 100-6	Gouvernance numérique - Partie 6: Collecte et utilisation responsable des données numériques de recherche et de contacts en milieu de travail	CGN
HSO 34015	HSO 34015:2020 Primary Health Care Services	HSO
HSO 75000	[Disponible uniquement en anglais] (Norme de sécurité culturelle et d'humilité de la Colombie-Britannique)	HSO

Question clé 12- Continuité des soins

ISEN	Titre français	Éditeur
EN 15224	Systèmes de management de la qualité - Application de l'EN ISO 9001:2015 aux soins de santé	DIN; AENOR; BSI; CEN; DANSK; SNV
AUTRES DOCUMENTS D'ORIENTATION/NORMES PROPOSÉS PAR LES MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL		
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Améliorer la collaboration entre les prestataires de soins primaires et ceux de services de santé mentale)	The World Journal of Biological Psychiatry (Journal mondial de psychiatrie biologique)
CAN/HSO 11012	Accès aux services de santé et aux services sociaux dans les langues officielles	HSO
CAN/HSO 22004	Santé mentale et dépendances	HSO
CAN/HSO 3001	Gestion des médicaments	HSO
CAN/HSO 34014	Gestion des médicaments pour les organismes extra-hospitaliers	HSO
CAN/HSO 5064	Programme de prévention du suicide	HSO
CAN/HSO 76000	Systèmes de santé intégrés centrés sur les personnes	HSO
CAN/HSO 83001	Télésanté	HSO
CSA CAN/CSA-ISO IWA 18:17	[Disponible uniquement en anglais] (Cadre de travail pour les services de santé et de soins communautaires à vie intégrés dans les sociétés âgées – Première édition)	CSA
À déterminer	Accord d'atelier intégration – De la santé mentale et de la santé liée à l'usage de substances dans les soins primaires au Canada	CSA
HSO 34015	Soins de santé primaires	HSO
HSO 75000	[Disponible uniquement en anglais] (Norme de sécurité culturelle et d'humilité de la Colombie-Britannique)	HSO
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Collaboration entre les prestataires de services de santé mentale et ceux de soins primaires – Outils de planification et de mise en œuvre pour les fournisseurs de soins et les planificateurs)	ICCSM
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Recommandations de soins préventifs pour la promotion de l'équité en santé)	Journal de l'Association médicale canadienne

Question clé 13- Assurance de la qualité des applications numériques de SMSLCS

ISEN	Titre français	Éditeur
À déterminer	Comblant l'écart - Un examen approfondi et une consultation publique sur ce qui doit être fait pour assurer la qualité, l'innocuité, la transparence et l'efficacité des applications pour traiter les troubles de santé mentale et de l'usage de substances psycho actives	HRI
IEC 82304-1	Logiciels de santé - Partie 1: Exigences générales pour la sécurité des produits	IEC; DANSK
ISO 10781	Informatique de santé - Modèle fonctionnel d'un système de dossier de santé informatisé, publication 2.1 (EHR FM) - Première édition	ISO; CEN
ISO 12967-1	Informatique de santé — Architecture de service — Partie 1: Point de vue de l'entreprise - Deuxième édition	ISO; SNV
ISO 13131	Informatique de santé - Services de télésanté - Lignes directrices pour la planification de la qualité - Première édition	ISO
ISO 13606-4	Informatique de santé - Communication du dossier de santé informatisé - Partie 4: Sécurité - Première édition	ISO; SNV
ISO 22600-1	Informatique de santé - Gestion de privilèges et contrôle d'accès - Partie 1: Vue d'ensemble et gestion des politiques - Première édition	ISO; NEN
ISO 22600-2	Informatique de santé - Gestion de privilèges et contrôle d'accès - Partie 2: Modèles formels - Première édition	ISO; DIN; EN
ISO 22600-3	Informatique de santé - Gestion de privilèges et contrôle d'accès - Partie 3: Mises en œuvre- Première édition	ISO; SNV
ISO 22857	Informatique de santé - Lignes directrices sur la protection des données pour faciliter les flux d'information sur la santé du personnel de part et d'autre des frontières - Deuxième édition	ISO
ISO TR 11147	Informatique de santé - Santé numérique personnalisée - Systèmes logiciels de santé pour la thérapeutique numérique - Première édition	ISO; BSI; EN
ISO TR 18638	Informatique de santé - Composantes éducatives destinées à garantir la confidentialité des informations relatives à la santé - Première édition	ISO; BSI
ISO TR 20055	Informatique de santé - Dépôt de documents personnels pour les applications PHR et échange d'informations sur la santé - Première édition	ISO; BSI; DANSK
ISO TR 21835	Informatique de santé - Données personnelles de santé générées sur une base journalière - Première édition	ISO; DANSK
ISO TR 22696	Informatique de santé - Lignes directrices pour l'identification et l'authentification des dispositifs de soins de santé personnels connectables - Première édition	ISO; DANSK
ISO TS 14441	Informatique de santé - Sécurité et exigences d'intimité des systèmes de EHR pour l'évaluation de la conformité - Première édition	ISO; CEN
ISO TS 23535	[Disponible uniquement en anglais] (Informatique de santé – Exigences pour les ententes de services numériques en santé orientés vers le client – Première édition)	ISO
ISO TS 82304-2	Logiciels de santé - Partie 2: Applications de santé et de bien-être - Qualité et fiabilité - Première édition)	ISO; AENOR; BSI; DANSK

ISO/TS 17975	Informatique de santé - Principes et exigences des données pour le consentement dans la collecte, l'utilisation ou la divulgation d'informations de santé personnelles	DANSK; BSI
ITU-T F.780.2	[Disponible uniquement en anglais] (Accessibilité aux services de télésanté – Version 2; groupe d'étude 16)	ITU-T
AUTRES DOCUMENTS D'ORIENTATION/NORMES PROPOSÉS PAR LES MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL		
CAN/DGSI 100-5	Cadre de capacité des données et des informations sur la santé	CGN
CAN/DGSI 103-2	Confiance et identité numérique - Partie 2: Prestation de services de santé	CGN
CAN/HSO 1003	Gouvernance clinique	HSO
CAN/HSO 11012	Accès aux services de santé et aux services sociaux dans les langues officielles	HSO
CAN/HSO 83001	Télésanté	HSO
CIOSC/PAS 100-6	Gouvernance numérique - Partie 6: Collecte et utilisation responsable des données numériques de recherche et de contacts en milieu de travail	CGN
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Technologie numérique d'évaluation de la santé)	ORCHA
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Rapport d'analyse des écarts et de recommandations sur les applications numériques en matière de SMSLCS)	HRI
S.O.	Cadre d'évaluation des applications de santé mentale	CSMC
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Sélectionner des technologies numériques de santé aux fins de validation et de mise à l'essai à l'intention des fournisseurs de soins de santé : une perspective de prise de décisions de l'Ontario)	International Journal of Technology Assessment in Health Care (Journal international d'évaluation technologique en soins de santé)

Question clé 14- Compétences comportementales et techniques et perfectionnement de la main-d'œuvre

ISEN	Titre français	Éditeur
Aucun document normatif de niveau I n'a été trouvé dans la recherche auprès d'OEN et d'organisations partenaires.		
AUTRES DOCUMENTS D'ORIENTATION/NORMES PROPOSÉS PAR LES MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL		
CAN/HSO 11012	Accès aux services de santé et aux services sociaux dans les langues officielles	HSO
CAN/HSO 22004	Santé mentale et dépendances	HSO
CAN/HSO 34014	Gestion des médicaments pour les organismes extra-hospitaliers	HSO
CAN/HSO 5064	Programme de prévention du suicide	HSO

CAN/HSO 76000	Systèmes de santé intégrés centrés sur les personnes	HSO
CAN/HSO 83001	Télésanté	HSO
À déterminer	Spécification publiquement disponible - Compétences en santé liée à l'usage de substances pour tous les prescripteurs	CCDUS
CSA CAN/CSA-ISO IWA 18:17	[Disponible uniquement en anglais] (Cadre de travail pour les services de santé et de soins communautaires à vie intégrés dans les sociétés âgées – Première édition)	CSA
À déterminer	Accord d'atelier intégration – De la santé mentale et de la santé liée à l'usage de substances dans les soins primaires au Canada	CSA
CSA Z1650:21	Réponse paramédicale à la crise des opioïdes : éducation et formation à travers le processus de traitement et de soins en milieu extra-hospitalier et dans les communautés	CSA
HSO 34015	Soins de santé primaires	HSO
HSO 75000	[Disponible uniquement en anglais] (Norme de sécurité culturelle et d'humilité de la Colombie-Britannique)	HSO
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Développer un cadre de travail de compétences pour les infirmières dans le domaine des dépendances en contexte canadien)	Journal of Addictions Nursing (Journal de sciences infirmière en matière de dépendance)
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Outils pour améliorer les aptitudes en soins concomitants)	Services de santé Alberta
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Explorer les compétences essentielles pour le travail dans le secteur de la santé mentale et des dépendances au sein d'équipes de médecine familiale)	Mental health in family medicine (Journal de santé mentale en médecine familiale)
S.O.	La prévention du suicide en ergothérapie	ACE
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Cadre de travail de compétences pour les travailleurs en soutien par les pairs en santé mentale)	Royal College of Psychiatrists (Collège royal des psychiatres)
S.O.	Compétences pour les intervenants	CCDUS
S.O.	Perfectionnement de la main-d'œuvre	CCDUS

Question clé 15- Service mobile d'intervention et de soins en cas de crise

ISEN	Titre français	Éditeur
Aucun document normatif de niveau I n'a été trouvé dans la recherche auprès d'OEN et d'organisations partenaires.		
AUTRES DOCUMENTS D'ORIENTATION/NORMES PROPOSÉS PAR LES MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL		
CAN/HSO 11012	Accès aux services de santé et aux services sociaux dans les langues officielles	HSO
CAN/HSO 22004	Santé mentale et dépendances	HSO

CAN/HSO 34014	Gestion des médicaments pour les organismes extra-hospitaliers	HSO
CAN/HSO 5064	Programme de prévention du suicide	HSO
CAN/HSO 76000	Systèmes de santé intégrés centrés sur les personnes	HSO
CSA CAN/CSA-ISO IWA 18:17	[Disponible uniquement en anglais] (Cadre de travail pour les services de santé et de soins communautaires à vie intégrés dans les sociétés âgées – Première édition)	CSA
CSA Z1650:21	Réponse paramédicale à la crise des opioïdes : éducation et formation à travers le processus de traitement et de soins en milieu extra-hospitalier et dans les communautés	CSA
HSO 34015	Soins de santé primaires	HSO
HSO 75000	[Disponible uniquement en anglais] (Norme de sécurité culturelle et d'humilité de la Colombie-Britannique)	HSO
S.O.	Création d'équipes mobiles d'intervention en cas de crise: Un cadre pour l'Ontario	Ontario Provincial Human Services and Justice Coordinating Committee (HSJCC) (Comité provincial d'Ontario de services humains et de coordination de la justice)
S.O.	Outils pour la mise sur pied d'équipes mobiles d'intervention en cas de crise en Ontario: Un guide complémentaire pour la mise en œuvre de Création d'équipes mobiles d'intervention en cas de crise — Un cadre pour l'Ontario	Ontario Provincial Human Services and Justice Coordinating Committee (HSJCC) (Comité provincial d'Ontario de services humains et de coordination de la justice)

GRUPE DE TRAVAIL 3: Enfants et jeunes

Question clé 16- Soins en partenariat avec la jeunesse

ISEN	Titre français	Éditeur
SNZ NZS 8156	[Disponible uniquement en anglais] (Services ambulanciers, paramédicaux et de transfert de patients)	SNZ
À déterminer	Orientation pancanadienne pour les services intégrés pour les jeunes	Foundry
AUTRES DOCUMENTS D'ORIENTATION/NORMES PROPOSÉS PAR LES MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL		
S.O.	Création d'une voie à suivre: Guide de modèle de service de Foundry	Foundry

S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Dix principes sur les services intégrés pour les jeunes)	Foundry
CAN/HSO 76000	Systèmes de santé intégrés centrés sur les personnes	HSO
CSA Z2003:20	Santé mentale et bien-être pour les étudiants du postsecondaire	CSA
HSO 82001	Services aux enfants, aux jeunes et aux familles	HSO
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Lignes directrices sur l'alcool et la santé au Canada)	CCDUS
S.O.	Se servir des mots pour surmonter la stigmatisation : un guide d'introduction	CCDUS/ACEPA
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Document de ressources complètes sur les services intégrés pour les jeunes)	Federation of Integrated Youth Services Networks (Fédération de réseaux de services intégrés pour les jeunes)
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Dépression chez les enfants et les jeunes : détermination et gestion)	Institut national pour l'excellence de la santé et des soins
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Guide sur les services intégrés pour les jeunes)	Foundry/Federation of Integrated Youth Services Networks (Fédération de réseaux de services intégrés pour les jeunes)
S.O.	Recommandations pour l'usage du cannabis à moindre risque à l'intention des jeunes (RCUCMR)	CAMH
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Recommandations de soins préventifs pour la promotion de l'équité en santé)	Journal de l'Association médicale canadienne
S.O.	Norme de qualité pour l'engagement des familles	Institut du savoir sur la santé mentale et les dépendances chez les enfants et les jeunes
S.O.	Norme de qualité pour l'engagement des jeunes	Institut du savoir sur la santé mentale et les dépendances chez les enfants et les jeunes
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Norme de qualité sur les niveaux de soins)	Institut du savoir sur la santé mentale et les dépendances chez les enfants et les jeunes
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Les jeunes comme partenaires, participants ou bénéficiaires passifs : revue de	American journal of community psychology.

	recherches participatives communautaires sur les enfants et les adolescents)	
SAP/HSO 22005	Santé mentale et dépendance chez les jeunes	HSO

Question clé 17- Promotion de soins en partenariat avec la jeunesse qui sont équitables, accessibles et qui reflètent la culture et l'identité

ISEN	Titre français	Éditeur
S.O.	Guide de qualité pour les services virtuels sans rendez-vous	Institut du savoir sur la santé mentale et les dépendances chez les enfants et les jeunes

AUTRES DOCUMENTS D'ORIENTATION/NORMES PROPOSÉS PAR LES MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL

CAN/HSO 76000	Systèmes de santé intégrés centrés sur les personnes	HSO
CSA Z2003:20	Santé mentale et bien-être pour les étudiants du postsecondaire	CSA
HSO 75000	[Disponible uniquement en anglais] (Norme de sécurité culturelle et d'humilité de la Colombie-Britannique)	HSO
HSO 82001	Services aux enfants, aux jeunes et aux familles	HSO
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Lignes directrices sur l'alcool et la santé au Canada)	CCDUS
S.O.	Se servir des mots pour surmonter la stigmatisation : un guide d'introduction	CCDUS/ACEPA
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Document de ressources complètes sur les services intégrés pour les jeunes)	Federation of Integrated Youth Services Networks (Fédération de réseaux de services intégrés pour les jeunes)
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Guide sur les services intégrés pour les jeunes)	Foundry/Federation of Integrated Youth Services Networks (Fédération de réseaux de services intégrés pour les jeunes)
S.O.	Recommandations pour l'usage du cannabis à moindre risque à l'intention des jeunes (RCUCMR)	CAMH
S.O.	Normes pancanadiennes pour l'équité en matière de santé - Le cas des services d'interprétation provinciaux	Réseau national de navigation pour nos nouveaux arrivants
S.O.	Norme de qualité pour l'engagement des familles	Institut du savoir sur la santé mentale et les dépendances chez les enfants et les jeunes

S.O.	Norme de qualité pour l'engagement des jeunes	Institut du savoir sur la santé mentale et les dépendances chez les enfants et les jeunes
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Norme de qualité sur les niveaux de soins)	Institut du savoir sur la santé mentale et les dépendances chez les enfants et les jeunes
SAP/HSO 22005	Santé mentale et dépendance chez les jeunes	HSO

Question clé 18- Processus et outils de dépistage systématique pour les jeunes

ISEN	Titre français	Éditeur
SNZ NZS 8006	[Disponible uniquement en anglais] (Dépistage, évaluation des risques et intervention en matière de violence familiale, y compris la maltraitance et la négligence envers les enfants)	SNZ
AUTRES DOCUMENTS D'ORIENTATION/NORMES PROPOSÉS PAR LES MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL		
CAN/HSO 76000	Systèmes de santé intégrés centrés sur les personnes	HSO
CSA Z2003:20	Santé mentale et bien-être pour les étudiants du postsecondaire	CSA
HSO 75000	[Disponible uniquement en anglais] (Norme de sécurité culturelle et d'humilité de la Colombie-Britannique)	HSO
HSO 82001	Services aux enfants, aux jeunes et aux familles	HSO
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Lignes directrices sur l'alcool et la santé au Canada)	CCDUS
S.O.	Se servir des mots pour surmonter la stigmatisation : un guide d'introduction	CCDUS/ACEPA
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Document de ressources complètes sur les services intégrés pour les jeunes)	Federation of Integrated Youth Services Networks (Fédération de réseaux de services intégrés pour les jeunes)
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Dépression chez les enfants et les jeunes : détermination et gestion)	Institut national pour l'excellence de la santé et des soins
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Guide sur les services intégrés pour les jeunes)	Foundry/Federation of Integrated Youth Services Networks (Fédération de réseaux de services intégrés pour les jeunes)

S.O.	Recommandations pour l'usage du cannabis à moindre risque à l'intention des jeunes (RCUCMR)	CAMH
S.O.	Normes pancanadiennes pour l'équité en matière de santé - Le cas des services d'interprétation provinciaux	Réseau national de navigation pour nos nouveaux arrivants
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Recommandations de soins préventifs pour la promotion de l'équité en santé)	Journal de l'Association médicale canadienne
S.O.	Norme de qualité pour l'engagement des familles	Institut du savoir sur la santé mentale et les dépendances chez les enfants et les jeunes
S.O.	Norme de qualité pour l'engagement des jeunes	Institut du savoir sur la santé mentale et les dépendances chez les enfants et les jeunes
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Norme de qualité sur les niveaux de soins)	Institut du savoir sur la santé mentale et les dépendances chez les enfants et les jeunes
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Soins par paliers 2.0)	Stepped Care Solutions
SAP/HSO 22005	Santé mentale et dépendance chez les jeunes	HSO

Question clé 19- Communication et collaboration dans le cadre de la continuité des soins pour les enfants et les jeunes

ISEN	Titre français	Éditeur
ISO 13972	Informatique de santé - Modèles d'informations cliniques - Caractéristiques, structures et exigences - Première édition	ISO; DIN; AENOR; BSI; SNV
AUTRES DOCUMENTS D'ORIENTATION/NORMES PROPOSÉS PAR LES MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL		
CAN/HSO 76000	Systèmes de santé intégrés centrés sur les personnes	HSO
CSA Z2003:20	Santé mentale et bien-être pour les étudiants du postsecondaire	CSA
HSO 75000	[Disponible uniquement en anglais] (Norme de sécurité culturelle et d'humilité de la Colombie-Britannique)	HSO
HSO 82001	Services aux enfants, aux jeunes et aux familles	HSO
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Lignes directrices sur l'alcool et la santé au Canada)	CCDUS
S.O.	Se servir des mots pour surmonter la stigmatisation : un guide d'introduction	CCDUS/ACEPA

S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Document de ressources complètes sur les services intégrés pour les jeunes)	Federation of Integrated Youth Services Networks (Fédération de réseaux de services intégrés pour les jeunes)
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Dépression chez les enfants et les jeunes : détermination et gestion)	Institut national pour l'excellence de la santé et des soins
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Guide sur les services intégrés pour les jeunes)	Foundry/Federation of Integrated Youth Services Networks (Fédération de réseaux de services intégrés pour les jeunes)
S.O.	Recommandations pour l'usage du cannabis à moindre risque à l'intention des jeunes (RCUCMR)	CAMH
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Recommandations de soins préventifs pour la promotion de l'équité en santé)	Journal de l'Association médicale canadienne
S.O.	Norme de qualité pour l'engagement des familles	Institut du savoir sur la santé mentale et les dépendances chez les enfants et les jeunes
S.O.	Norme de qualité pour l'engagement des jeunes	Institut du savoir sur la santé mentale et les dépendances chez les enfants et les jeunes
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Norme de qualité sur les niveaux de soins)	Institut du savoir sur la santé mentale et les dépendances chez les enfants et les jeunes
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Les jeunes comme partenaires, participants ou bénéficiaires passifs : revue de recherches participatives communautaires sur les enfants et les adolescents)	American journal of community psychology.
SAP/HSO 22005	Santé mentale et dépendance chez les jeunes	HSO

Question clé 20- Soins de santé liée à la consommation de substances pour les jeunes

ISEN	Titre français	Éditeur
Aucun document normatif de niveau I n'a été trouvé dans la recherche auprès d'OEN et d'organisations partenaires.		
AUTRES DOCUMENTS D'ORIENTATION/NORMES PROPOSÉS PAR LES MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL		
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Traitement pour les troubles de consommation d'opioïdes chez les jeunes)	British Columbia Centre on Substance Use
CAN/HSO 76000	Systèmes de santé intégrés centrés sur les personnes	HSO
CSA Z2003:20	Santé mentale et bien-être pour les étudiants du postsecondaire	CSA
HSO 82001	Services aux enfants, aux jeunes et aux familles	HSO
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Lignes directrices sur l'alcool et la santé au Canada)	CCDUS
S.O.	Se servir des mots pour surmonter la stigmatisation : un guide d'introduction	CCDUS/ACEPA
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Document de ressources complètes sur les services intégrés pour les jeunes)	Federation of Integrated Youth Services Networks (Fédération de réseaux de services intégrés pour les jeunes)
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Guide sur les services intégrés pour les jeunes)	Foundry/Federation of Integrated Youth Services Networks (Fédération de réseaux de services intégrés pour les jeunes)
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Des parents comme nous : guide de survie non-officiel pour les parents de jeunes ayant un trouble de consommation de substances)	Foundry
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Recommandations de soins préventifs pour la promotion de l'équité en santé)	Journal de l'Association médicale canadienne
S.O.	Norme de qualité pour l'engagement des familles	Institut du savoir sur la santé mentale et les dépendances chez les enfants et les jeunes
S.O.	Norme de qualité pour l'engagement des jeunes	Institut du savoir sur la santé mentale et les dépendances chez les enfants et les jeunes

S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Norme de qualité sur les niveaux de soins)	Institut du savoir sur la santé mentale et les dépendances chez les enfants et les jeunes
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Soins par paliers 2.0)	Stepped Care Solutions
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Les jeunes comme partenaires, participants ou bénéficiaires passifs : revue de recherches participatives communautaires sur les enfants et les adolescents)	American journal of community psychology (Journal américain de psychologie communautaire)
SAP/HSO 22005	Santé mentale et dépendance chez les jeunes	HSO

Question clé 21-Soutien aux proches aidants qui accompagnent les jeunes

ISEN	Titre français	Éditeur
Aucun document normatif de niveau I n'a été trouvé dans la recherche auprès d'OEN et d'organisations partenaires.		
AUTRES DOCUMENTS D'ORIENTATION/NORMES PROPOSÉS PAR LES MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL		
CAN/HSO 76000	Systèmes de santé intégrés centrés sur les personnes	HSO
CSA Z2003:20	Santé mentale et bien-être pour les étudiants du postsecondaire	CSA
HSO 82001	Services aux enfants, aux jeunes et aux familles	HSO
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Lignes directrices sur l'alcool et la santé au Canada)	CCDUS
S.O.	Se servir des mots pour surmonter la stigmatisation : un guide d'introduction	CCDUS/ACEPA
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Document de ressources complètes sur les services intégrés pour les jeunes)	Federation of Integrated Youth Services Networks (Fédération de réseaux de services intégrés pour les jeunes)
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Guide sur les services intégrés pour les jeunes)	Foundry/Federation of Integrated Youth Services Networks (Fédération de réseaux de services intégrés pour les jeunes)
S.O.	Recommandations pour l'usage du cannabis à moindre risque à l'intention des jeunes (RCUCMR)	CAMH
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Des parents comme nous : guide de survie non-officiel pour les parents de jeunes ayant un trouble de consommation de substances)	Foundry

S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Rapport après l'événement – Symposium international 2023 sur la transition de la protection de l'enfance)	Symposium international sur les transitions de la protection de l'enfance
S.O.	Norme de qualité pour l'engagement des familles	Institut du savoir sur la santé mentale et les dépendances chez les enfants et les jeunes
S.O.	Norme de qualité pour l'engagement des jeunes	Institut du savoir sur la santé mentale et les dépendances chez les enfants et les jeunes
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Norme de qualité sur les niveaux de soins)	Institut du savoir sur la santé mentale et les dépendances chez les enfants et les jeunes
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Les jeunes comme partenaires, participants ou bénéficiaires passifs : revue de recherches participatives communautaires sur les enfants et les adolescents)	American journal of community psychology (Journal américain de psychologie communautaire)
SAP/HSO 22005	Santé mentale et dépendance chez les jeunes	HSO

GRUPE DE TRAVAIL 4: Personnes ayant des besoins complexes

Question clé 22- Soins de santé axés sur les personnes et cocréation de soins

ISEN	Titre français	Éditeur
Aucun document normatif de niveau I n'a été trouvé dans la recherche auprès d'OEN et d'organisations partenaires.		
AUTRES DOCUMENTS D'ORIENTATION/NORMES PROPOSÉS PAR LES MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL		
CAN/HSO 22004	Santé mentale et dépendances	HSO
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Maladies mentales graves : approches centrées sur la personne)	Patient-centered Care (Revue des soins centrés sur le patient)
S.O.	Les principes des soins centrés sur la personne	Lésion cérébrale Canada
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Droit d'accès des proches aidants à l'information sur la santé des membres de leur famille atteints d'une maladie mentale)	International journal of law and psychiatry (Journal international de

		droit et de psychiatrie)
EN 17398	Patient involvement in health care - Minimum requirements for person-centred care	AENOR

Question clé 23- Valorisation du rôle des familles et des proches aidants qui accompagnent les personnes ayant des besoins complexes, et reconnaissance de leurs propres besoins en matière de services et de soutien

ISEN	Titre français	Éditeur
Aucun document normatif de niveau I n'a été trouvé dans la recherche auprès d'OEN et d'organisations partenaires.		
AUTRES DOCUMENTS D'ORIENTATION/NORMES PROPOSÉS PAR LES MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL		
S.O.	Mobiliser les proches aidants dans les services de santé mentale et des dépendances au Canada – Guide des pratiques prometteuses	CSMC
S.O.	Directives pancanadiennes en faveur d'un système de prestation de services pour les proches aidants d'adultes ayant une maladie mentale	CSMC
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Soutenir les soignants adultes)	Institut national pour l'excellence de la santé et des soins

Question clé 24- Continuum des soins pour les personnes ayant des besoins complexes

ISEN	Titre français	Éditeur
Aucun document normatif de niveau I n'a été trouvé dans la recherche auprès d'OEN et d'organisations partenaires.		
AUTRES DOCUMENTS D'ORIENTATION/NORMES PROPOSÉS PAR LES MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL		
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Un cadre de référence pour des systèmes de santé mentale meilleurs et plus accessibles)	Stepped Care Solutions
S.O.	Pratiques exemplaires dans le continuum des soins pour le traitement du trouble lié à l'usage d'opioïdes	CCDUS
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Principe de réduction des méfaits en contexte de soins de santé)	Harm Reduction Journal (Journal de réduction des méfaits)

COLLECTIF GLOBAL

ISEN	English Title	Éditeur
CAN/HSO 11013	Consommation du cannabis à des fins médicales : Soins offerts aux usagers admis	HSO
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Prévention de la violence et du harcèlement en milieu de travail canadien)	CSA
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Santé et sécurité psychologique en milieu de travail : pratiques des employeurs en réponse à la COVID-19)	CSA
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Trouble d'anxiété sociale : détermination, évaluation et traitement)	Institut national pour l'excellence de la santé et des soins
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Normes systémiques sur les troubles concomitants)	Government of Nova Scotia, Department of Health and Wellness (Gouvernement de la Nouvelle-Écosse, Département de la santé et du bien-être)
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Épuisement en milieu de travail : paysage actuel et considérations futures)	CSA
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Politiques sur la consommation de substances en milieu de travail : implications pour le Canada)	CSA
OTHER GUIDANCE/DOCUMENTS/STANDARDS PROPOSED BY WORKING GROUP MEMBERS		
À déterminer	Accord d'atelier relatif à l'intervention précoce en cas de psychose	HSO, CAMH
S.O.	Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement	CSMC
S.O.	Le projet d'actualisation des Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada : rapport final pour consultation publique	CCDUS
S.O.	[Disponible uniquement en anglais] (Lignes directrices pancanadiennes pour la gestion clinique de la consommation d'alcool à haut risque et du trouble de consommation d'alcool)	Journal de l'Association médicale canadienne
S.O.	Prise de position de l'ACE : L'ergothérapie pour prévenir le suicide et soutenir le rétablissement	ACE

Annexe C



MOBILISATION DES AUTOCHTONES
CONCERNANT LE COLLECTIF
NATIONAL DE NORMALISATION EN
SANTÉ MENTALE ET SANTÉ LIÉE À LA
CONSOMMATION DE SUBSTANCES
VERS UNE FEUILLE DE ROUTE DE NORMALISATION



REMERCIEMENTS

Les chercheurs tiennent à exprimer leur profonde gratitude aux participants des groupes de discussion qui ont partagé avec nous leur expertise, leurs expériences et leur profond engagement envers les Premières Nations, les Inuits et les Métis. Nous savons que ces conversations ne sont pas toujours faciles, mais que vous y avez participé dans l'espoir de créer de meilleurs systèmes de santé mentale et de santé liée à la consommation de substances pour les peuples autochtones du pays et des générations futures. Nous vous remercions de nous confier vos histoires.

RAPPORT final/1^{er} février 2024

Préparé et rédigé par : Firelight Research Inc.

Présenté à : Alejandro Trujillo Gestionnaire, Affaires réglementaires

SOMMAIRE

Le Conseil canadien des normes (CCN) a confié au Firelight Group le mandat de concevoir, de préparer, d'administrer, d'organiser virtuellement et d'animer une première séance mobilisation des Autochtones à l'échelle du pays. L'objectif était de recueillir les points de vue des Autochtones sur les programmes, les services et les systèmes de santé mentale et de santé liée à la consommation de substances (SMSLCS) afin de les intégrer à la feuille de route de normalisation en SMSLCS. Ce rapport présente le contexte des questions liées à la SMSLCS des Premières Nations, des Inuits et des Métis, et résume les résultats des séances de mobilisation.

On a choisi les groupes de discussion comme méthode de mobilisation afin de générer des conversations riches entre les Premières Nations, les Inuits et les Métis de partout au pays, notamment les fournisseurs de services, les personnes ayant une expérience concrète ainsi que les professionnels des politiques. Les jeunes, les aînés et les membres de la communauté 2ELGBTQQIA+ ont également joué un rôle essentiel dans ces conversations. L'objectif des séances de mobilisation était de comprendre l'état actuel des systèmes de SMSLCS des Premières Nations, des Inuits et des Métis partout au Canada, de définir et de décrire une vision future idéale des systèmes de SMSLCS desservant les peuples autochtones, ainsi que de rechercher des perspectives sur les normes de service.

Les discussions des groupes de discussion ont révélé d'importants problèmes au sein des systèmes de SMSLCS actuels, comme l'absence ou l'inadéquation des services en SMSLCS, y compris les services propres aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis, l'absence de continuité des soins, la persistance du racisme envers les Autochtones et de leur stigmatisation, l'hégémonie des pratiques centrées sur l'Occident, les obstacles linguistiques et la négligence des déterminants sociaux de la santé dans les systèmes de SMSLCS.

En ce qui concerne l'avenir, les participants aux groupes de discussion envisagent les futurs systèmes de SMSLCS comme étant principalement axés sur la continuité des soins fondés sur les distinctions et centrés sur la communauté, qui appuient les individus, les familles et les communautés dans l'ensemble des déterminants sociaux de la santé. Ces systèmes communautaires seront reliés aux partenaires et aux administrations par la coordination et l'établissement de relations. Les fournisseurs de services et les programmes partenaires seront parfaitement compétents en matière de sécurité culturelle et offriront des soins antiracistes et tenant compte des traumatismes.

Enfin, les groupes de discussion ont examiné les avantages et les risques potentiels des normes de service et ont fait part de plusieurs considérations essentielles au moment où le Collaboratif commence à élaborer la feuille de route de normalisation. Les mots et les étiquettes sont puissants et apportent avec eux l'histoire et le contexte. Certains participants ont évité d'utiliser le langage des normes comme un concept aux répercussions coloniales et ont plutôt suggéré la notion de principes pour établir des manières de connaître, d'être et de faire qui témoignent davantage les visions du monde autochtones. Cela montre qu'il faut faire preuve d'une grande détermination et d'une grande prudence dans l'élaboration de la feuille de route et, en fin de compte, des normes. En outre, celles-ci doivent être fondées sur des distinctions et assez souples pour tenir compte des différences culturelles, géographiques et communautaires.

Les groupes de discussion ont également souligné que les normes ne devaient être qu'un élément d'un système plus vaste et d'une transformation sociétale qui doivent être construits en relation avec les peuples autochtones et refléter l'autodétermination autochtone. En ce qui

concerne les thèmes qui sont apparus comme des considérations importantes dans l'élaboration de normes propres aux Autochtones, les participants ont plaidé pour des soins tenant compte des traumatismes et adaptés à la culture, des soins holistiques et intégrés, une intégration de la guérison fondée sur les atouts autochtones, des relations réciproques, le recrutement et la fidélisation du personnel autochtone et l'équité.

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	98
SOMMAIRE	99
Table des matières	101
1. Introduction	102
1.1 Vue d'ensemble	102
1.2 Portée	102
1.3 Méthodes	103
1.4 Limites.....	105
2. Contexte de la santé mentale et de la consommation de substances des Autochtones	106
2.1 Résultats en matière de bien-être.....	106
2.2 Contextes coloniaux.....	106
3. Ce que nous avons entendu	109
3.1 État actuel.....	109
3.2 Vision d'avenir.....	115
3.3 Normes de service	119
4. Recommandations	123
Citations	124
Annexe A : Guide du groupe de discussion	126
Annexe B : Formulaire de consentement	129

1. INTRODUCTION

1.1 VUE D'ENSEMBLE

Ce rapport sommaire présente les résultats de la première mobilisation des Autochtones menée pour le Collectif national de normalisation en santé mentale et santé liée à la consommation de substances (le Collectif) organisée par le Conseil canadien des normes (CCN). Il convient de noter d'emblée que ce rapport et son contenu ne présentent pas la somme des points de vue des Autochtones sur les programmes, services et systèmes de santé mentale et de santé liée à la consommation de substances (SMSLCS) ni qu'ils prétendent représenter les points de vue de tous les groupes autochtones. De plus amples détails sur les limites des séances de mobilisation réalisées et les renseignements collectés à cette occasion sont décrits à la section 1.4 ci-dessous. La mobilisation continue des groupes autochtones dans le processus de normalisation sera nécessaire pour permettre la participation et le leadership des Autochtones dans l'élaboration et l'application de toute norme ou initiative pouvant découler des travaux du Collaboratif.

1.2 PORTÉE

Le CCN a confié à Firelight le mandat de concevoir, de préparer, d'administrer, d'organiser virtuellement et d'animer une première séance mobilisation des Autochtones à l'échelle du pays. L'objectif de cette première mobilisation était de recueillir les points de vue des Autochtones sur les programmes, les services et les systèmes de SMSLCS afin de les intégrer à la feuille de route de normalisation en SMSLCS. Voici les principales activités pour lesquelles les services de Firelight ont été retenus :

- lancer le projet pour élaborer un plan et un budget fondés sur la portée des travaux et les objectifs du projet;
- concevoir la mobilisation en collaboration avec le CCN, notamment la définition des méthodes appropriées de mobilisation, l'identification des participants appropriés suivant une approche adéquate, et l'élaboration de questions et de matériel de soutien à utiliser pendant la mobilisation;
- communiquer avec les participants clés et organiser les groupes de discussion, gérer la logistique virtuelle et l'administration des séances de mobilisation;
- mobiliser les principaux intervenants dans les groupes de discussion;
- élaborer un rapport sommaire global (le présent rapport) décrivant les séances de mobilisation réalisées et le niveau de participation, et détaillant les commentaires recueillis tout au long de la mobilisation.

Cette mobilisation a permis de recueillir les points de vue des Premières Nations, des Inuits et des Métis sur les questions liées à la SMSLCS, y compris divers points de vue au sein de ces groupes, comme les femmes, les personnes ayant une expérience vécue, les personnes handicapées et les membres de la communauté 2ELGBTQQIA+. La participation de fournisseurs de services et d'experts politiques et de chercheurs qui travaillent au sein des systèmes des Premières Nations, des Inuits et des Métis a également été sollicitée.

1.3 MÉTHODES

1.3.1 Approche

Firelight a organisé huit groupes de discussion du 16 novembre au 12 décembre 2023, réunissant des participants de divers horizons. Chaque séance de mobilisation a duré environ une heure et demie et s'est déroulée à distance à l'aide du logiciel de vidéoconférence Zoom. Les conversations ont été menées de manière semi-structurée : une série de questions prédéterminées ont orienté la discussion tout en laissant la place au flux naturel de la conversation. Les participants étaient invités à faire part de leur expérience de la manière qui leur semblait la plus appropriée, notamment au moyen de récits, d'exemples ou d'autres méthodes. On a également invité les participants à apporter leur contribution par la fonction « commentaires » de Zoom.

Les participants pouvaient recevoir des honoraires en reconnaissance de leur temps et de leur contribution.

L'objectif de ces groupes de discussion était :

- de mieux comprendre les expériences des peuples autochtones qui accèdent aux services en SMSLCS au Canada, y compris les points forts, les obstacles et les défis dans le contexte actuel des services;
- de recueillir des renseignements sur les interventions, les approches ou les transformations du système qui sont nécessaires pour améliorer la sécurité et l'expérience des peuples autochtones qui ont accès aux services de SMSLCS;
- de définir les sujets, les thèmes et les domaines en SMSLCS qui peuvent bénéficier d'une normalisation de la prestation de services et déterminer comment la normalisation peut améliorer les résultats des soins.

Consciente que ces sujets sont sensibles et potentiellement douloureux pour certains participants, l'équipe du projet a suivi les pratiques exemplaires en matière de recherche et d'animation tenant compte des traumatismes. Il s'agissait notamment de préparer les participants à ce qui les attendait ainsi que d'établir des liens et de leur offrir du soutien en leur donnant accès à des ressources en matière de bien-être mental. En outre, l'équipe d'animation a invité les participants à faire part de leurs expériences de la manière qui leur convenait le mieux, que ce soit par écrit (par le chat) ou par l'entremise de récits. Afin de porter l'attention sur les méthodes autochtones (c'est-à-dire les récits) ainsi que d'honorer et de respecter les personnes qui ont généreusement fait part de leurs expériences, le présent rapport inclut, dans la mesure du possible, ces récits profondément personnels et importants.

1.3.2 Participants

Au total, 33 personnes ont participé aux groupes de discussion. Les participants ont été invités à indiquer leur appartenance à un des groupes ethniques suivants, soit « Premières Nations », « Inuits », « Métis », « Non-Autochtones » ou une combinaison de ces groupes. La plupart des participants aux groupes de discussion se sont exprimés en leur nom propre, en fonction de leur expertise et de leur expérience. Toutefois, certains participants y ont pris part en tant que représentants d'organisations autochtones qui ont transmis des renseignements d'un point de vue organisationnel et se sont déclarés comme non-Autochtones.

Tableau 1 : Participants aux groupes de discussion

TOTAL	33
Premières Nations	21
Inuit	4
Métis	6
Non-Autochtones	2

Les participants ont également été invités à sélectionner un ou plusieurs des marqueurs d'identité suivants, ce qui leur a permis de déclarer leur appartenance et de choisir parmi un éventail d'options.

Tableau 2 : Participants aux groupes de discussion : Identités intersectionnelles

Aînés	7
Jeunes	6
2ELGBTQQIA+	4
Femmes	21
Personnes ayant une expérience concrète	20
Prestataires de services de santé liés à la consommation de substances	11
Prestataires de services de santé mentale	19
Politique	11

Sur le plan géographique, la participation aux groupes de discussion a été assez vaste puisqu'elle incluait des personnes du Nord, de la côte Ouest, des Prairies, du centre du Canada et de l'Atlantique. Il y a aussi une catégorie appelée « National » qui comprend les participants qui représentent des organisations ayant un mandat national.

Tableau 3 : Représentation géographique des participants aux groupes de discussion

Colombie-Britannique	9
Alberta	2
Saskatchewan	1
Manitoba	2

Ontario	4
Québec	4
Nouveau-Brunswick	0
Nouvelle-Écosse	0
Î.-P.-É.	1
Terre-Neuve-et-Labrador	2
Yukon	2
T. N.-O.	1
Nunavut	0
National	5

1.4 LIMITES

Les renseignements contenus dans ce rapport reposent sur la rétroaction fournie lors de certaines des premières séances de mobilisation avec les Premières Nations, les Inuits et les Métis. Même si ce rapport sommaire repose sur une mobilisation des personnes et des organisations autochtones, il ne faut en aucun cas considérer que son contenu représente une perspective panautochtone sur la SMSLCS. Comme l'ont souligné les participants, les questions, les priorités et les perspectives varient d'un groupe à l'autre et au sein des Premières Nations, des Inuits et des Métis, ainsi qu'entre les régions et les administrations du Canada.

2. CONTEXTE DE LA SANTÉ MENTALE ET DE LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES DES AUTOCHTONES

2.1 RÉSULTATS EN MATIÈRE DE BIEN-ÊTRE

Une discussion exhaustive sur les résultats actuels en matière de SMSLCS des Premières Nations, des Inuits et des Métis au Canada dépasse la portée de ce rapport. Toutefois, il est important de donner un aperçu général des résultats actuels en matière de bien-être, en particulier compte tenu des écarts persistants entre les peuples autochtones et non autochtones au Canada, afin de mieux comprendre l'urgence ressentie par de nombreux participants lors de ces séances de mobilisation d'apporter des améliorations importantes et durables au système.

La santé mentale des Premières Nations, des Inuits et des Métis au Canada est une lacune persistante par rapport aux peuples non autochtones du pays. En 2017, 16 % des adultes autochtones présentaient une santé mentale mauvaise ou passable, et cette proportion est passée à 38 % pendant la pandémie de COVID-19 (Anderson, 2021). Les jeunes autochtones sont aussi plus susceptibles de souffrir d'une mauvaise santé mentale que les jeunes non autochtones au Canada puisqu'on diagnostique un trouble de l'humeur à un jeune sur cinq et un trouble de l'anxiété à près d'un quart des jeunes autochtones (Anderson, 2021). Le suicide est aussi reconnu comme une épidémie chez les jeunes autochtones, les taux étant six fois plus élevés chez les jeunes autochtones que chez les jeunes non autochtones au Canada (CAMH, 2023). Enfin, la consommation de substances est une autre préoccupation majeure des Premières Nations, des Inuits et des Métis : 25 % des peuples autochtones du Canada, comparativement à 17 % du grand public, sont aux prises avec des problèmes de dépendance (Toth, 2022).

2.2 CONTEXTES COLONIAUX

Les statistiques présentées ici sont choquantes et importantes, mais elles ne racontent qu'une partie de l'histoire. Tout au long de ces séances de mobilisation, les participants ont souligné que les fournisseurs de services et les professionnels des politiques qui travaillent dans les domaines de la santé mentale et de la toxicomanie doivent comprendre les contextes historiques et contemporains qui façonnent profondément les expériences des Premières Nations, des Inuits et des Métis au Canada. Il est donc important de donner un bref aperçu de ces facteurs afin de mieux contextualiser le rapport qui suit.

Les résultats en santé mentale et en santé liée à la consommation de substances chez les populations autochtones sont étroitement liés au colonialisme. Les politiques et programmes coloniaux comme la dépossession des terres, le système des pensionnats, la séparation des familles autochtones et l'abandon de la langue et de la culture ont entraîné des traumatismes intergénérationnels généralisés (Marsh et coll., 2016). Ce traumatisme a laissé de nombreuses communautés, familles et personnes aux prises avec la perte, le deuil et la séparation des liens culturels et familiaux. La recherche a révélé que des données probantes importantes relient les expériences traumatisantes des générations plus âgées aux problèmes de santé physique et mentale des générations suivantes, que ces événements traumatisants soient des expériences individuelles ou collectives (Thunderbird Partnership Foundation, 2023).

Pour de nombreux Autochtones qui ont perdu leur culture et leur communauté à cause des politiques coloniales, les problèmes de santé mentale, la consommation de substances nocives et la dépendance sont tous enracinés dans une expérience coloniale commune. Dans un rapport de la Thunderbird Partnership Foundation, le Dr Chris Mushquash, psychologue ojibway et titulaire de la chaire de recherche du Canada de la santé mentale et de la toxicomanie chez les Autochtones, note que « le retrait des enfants de communautés prospères et dotées d'une culture solide a provoqué un traumatisme important, aggravé par l'introduction de substances et d'activités problématiques ». Il est devenu naturel de s'automédicamenter avec des substances [...] lorsque les approches adaptées à la culture à l'égard de la guérison, y compris les cérémonies, ont été éliminées » (Thunderbird Partnership Foundation, 2023, p. 11). Il est important de reconnaître les relations complexes et entrelacées entre la colonisation, les traumatismes intergénérationnels, la santé mentale et la toxicomanie pour contextualiser une grande partie de ce travail.

En outre, la recherche a également montré qu'il existe un lien étroit entre les déterminants sociaux de la santé, comme la pauvreté, le chômage, le logement et l'éducation, et une mauvaise santé mentale ou la consommation de substances illicites (Carrière, Garner et Sanmartin, 2022). Ces conditions sont plus fréquentes chez les peuples autochtones en raison des pratiques coloniales historiques et actuelles, et par conséquent, les peuples autochtones connaissent souvent des taux plus élevés de problèmes de santé mentale et de santé liée à la consommation de substances, et de décès par surdose (Thunderbird Partnership Foundation, 2022). En fait, une étude réalisée en 2022 a révélé que les Autochtones qui vivent dans des logements surpeuplés (c.-à-d., des ménages de sept personnes ou plus), ceux qui souffrent d'insécurité alimentaire et ceux qui ont subi des traumatismes étaient beaucoup plus susceptibles de consommer des opioïdes de manière nocive (Thunderbird Partnership Foundation, 2022, p. 8).

Le lien entre les déterminants sociaux de la santé et le bien-être mental et la santé liée à la consommation de substances est particulièrement troublant étant donné les conditions sociales difficiles dans lesquelles vivent de nombreux Autochtones, comme le montrent les statistiques sur la pauvreté, l'éducation et le logement. Par exemple, un rapport de Statistique Canada montre que « les Autochtones étaient près de deux fois plus susceptibles de vivre dans un logement surpeuplé que les non-Autochtones (17,1 % par rapport à 9,4 %) (Gouvernement du Canada, 2022, p. 3). Notamment, les taux de logements surpeuplés ont empiré entre 2016 et 2021 pour les Inuits vivant en dehors de l'Inuit Nunangat (le territoire des Inuits), du Nunavik et de la région d'Inuvialuit (Gouvernement du Canada, 2022). En ce qui concerne l'éducation, « un peu moins des deux tiers (63 %) des jeunes des Premières Nations avaient terminé leurs études secondaires, contre 91 % de la population non autochtone », et seulement 46 % des jeunes des Premières Nations vivant dans les réserves avaient terminé leurs études secondaires, en grande partie à cause du manque d'accès local (Layton, 2023, p. 4).

En ce qui concerne la pauvreté, le Conseil consultatif national sur la pauvreté a indiqué qu'en 2018, le taux de pauvreté national était de 11 %, tandis que le taux pour les Autochtones vivant hors réserve était de 19,5 % (Conseil consultatif national sur la pauvreté, 2021). Ces quelques statistiques montrent clairement que le lien entre le colonialisme, les déterminants sociaux de la santé et la santé mentale et la santé liée à la consommation de substances doit être au cœur de la discussion sur l'élaboration de normes adaptées et pertinentes au contexte de vie des Premières Nations, des Inuits et des Métis.

Remarque

Tout au long de ces séances de mobilisation, de nombreux participants ont exprimé le souhait de mettre l'accent sur la force profonde des peuples et des cultures des Premières Nations, des Inuits et des Métis. Ainsi, même si les préjudices coloniaux ont contribué et continuent de contribuer négativement au bien-être des peuples autochtones, il est également important d'affirmer la force historique et contemporaine, l'expertise et les approches sages au sein des communautés autochtones visant à renforcer les individus, les familles et les communautés et à répondre aux défis en matière de santé mentale et de santé liée à la consommation de substances. Des renseignements complémentaires sur ces pratiques sont présentés dans le rapport qui suit.

3. CE QUE NOUS AVONS ENTENDU

3.1 ÉTAT ACTUEL

Chaque groupe de discussion a accordé une attention particulière à décrire l'état actuel des programmes et services de SMSLCS. Des lacunes et des manques ont été relevés à l'échelle des fournisseurs, des établissements et des administrations pour les individus, les familles et les communautés. Les lacunes systémiques comprennent l'absence de services de SMSLCS disponibles et appropriés, tant à l'échelle provinciale ou territoriale que fédérale. Lorsque des services sont offerts, ils ne répondent pas aux besoins spécifiques des Premières Nations, des Inuits et des Métis, puisqu'ils ne sont pas pertinents ni adaptés sur le plan culturel et qu'ils ne répondent pas aux contextes socio-économiques des peuples autochtones qui contribuent aux résultats en matière de bien-être. En outre, il existe une grande lacune dans la continuité des soins qui appuie les personnes tout au long de leur parcours de guérison, lacune qui est souvent fondée sur la politique, et souvent due à des inégalités concrètes ou perçues entre les responsabilités fédérales et provinciales ou territoriales. Parmi les autres obstacles, citons le racisme envers les Autochtones et leur stigmatisation persistants auxquels sont confrontés les Premières Nations, les Inuits et les Métis au sein des systèmes de SMSLCS, sur les plans interpersonnel, institutionnel et systémique. La section suivante présente plus de détails sur ces lacunes et problèmes clés qui caractérisent l'état actuel de SMSLCS des peuples autochtones.

3.1.1 *Absence de services ou manque de continuité des soins*

La réponse la plus fréquente aux questions sur le rendement des programmes et services actuels de SMSLCS, entendue tout au long des séances de mobilisation, est le sentiment général que les Premières Nations, les Inuits et les Métis n'ont pas accès aux programmes en général, et qu'ils n'ont pas non plus accès aux programmes et services propres aux Autochtones, ce qui est encore plus grave. Un participant a fait remarquer que les systèmes de santé partout au pays sont en crise et que, par conséquent, les peuples autochtones et racialisés ne sont pas prioritaires. En outre, ils ont fait part de leur point de vue selon lequel lorsque les travailleurs de la santé sont débordés, ils perdent souvent leur empathie et leur sensibilité aux réalités culturelles (participant, 29 novembre 2023). D'autres participants ont mentionné que le système est actuellement tellement sollicité que la plupart des soins sont offerts aux services d'urgence, où peu de mécanismes permettent d'assurer un suivi adéquat ou des soins ultérieurs, et lorsque des soins ultérieurs sont offerts, le processus d'orientation est compliqué et inaccessible (participant, 7 décembre 2023).

Le fait est qu'il n'y a tout simplement pas de programmes et de services de SMSLCS dans de nombreuses régions du Canada, en particulier dans les zones rurales et isolées et dans le Nord. Un participant du Nunatsiavut a déclaré qu'il ne savait pas qu'il existait des centres de traitement jusqu'à ce qu'il déménage dans une communauté urbaine du Sud. Ils ont ajouté que la seule chose qui ressemblait à une cure de désintoxication au Nunatsiavut était « la détention » (participant, 29 novembre 2023). Les habitants des zones rurales et isolées qui sollicitent des services de SMSLCS sont souvent contraints de parcourir de longues distances pour obtenir des soins, loin des systèmes de soutien établis. Un participant a décrit que le fait d'être parmi les seuls non-Autochtones lorsqu'il accédait à des services dans un centre urbain loin de chez lui était une sorte de choc culturel et a décrit ce malaise comme un obstacle important à la guérison (participant, 7 décembre 2023).

Obstacles politiques

Les programmes et services de SMSLCS qui existent ne sont utiles que si les Autochtones peuvent y accéder. Les participants aux groupes de discussion ont mentionné plusieurs politiques et règlements de programme qui nuisent aux soins des peuples autochtones en matière de SMSLCS, ce qui équivaut à une lacune dans les services. Un fournisseur de services du Yukon a décrit les difficultés d'accès aux soins psychiatriques des clients qui ne consomment pas de substances. Il a décrit un client qui était un survivant intergénérationnel des pensionnats, manifestement en crise, et qui ne pouvait pas avoir accès à un psychiatre à moins qu'il ne consomme des substances. En outre, ses clients qui sont aux prises avec des problèmes de consommation de substances, mais qui ne consomment pas actuellement de substances (dans les cinq jours) ne sont pas admissibles aux programmes de réadaptation (participant, 5 décembre 2023).

Un autre obstacle aux soins souvent cité est la réglementation du programme qui exige un diagnostic avant de recevoir des soins. En général, il est difficile d'accéder à des fournisseurs de soins capables de poser un diagnostic, en raison d'une pénurie de fournisseurs, mais aussi en raison de choix politiques. Un participant a expliqué que pour avoir accès à de nombreux programmes et services, une adresse permanente était nécessaire. Il est donc très difficile pour les personnes qui n'ont pas d'adresse permanente d'accéder aux fournisseurs de services (participant, 7 décembre 2023). À cela s'ajoute la difficulté d'accéder à des fournisseurs de soins qui comprennent les besoins et les réalités spécifiques des peuples autochtones ou qui ont suivi une formation à ce sujet. Ce type de fournisseurs est encore moins disponible. Par exemple, un participant inuit a fait part de ses difficultés à trouver un thérapeute. Chaque fournisseur avec lequel il a communiqué a déclaré qu'il n'était pas outillé pour répondre aux besoins du client. La personne qui avait besoin de soins a déclaré qu'elle avait l'impression d'être « trop mal en point » pour obtenir de l'aide (participant, 29 novembre 2023). Elle a ajouté que bon nombre de ses relations inuites avaient vécu la même expérience.

Obstacles associés aux administrations

L'incertitude et les obstacles associés aux administrations entre les gouvernements fédéral et provinciaux ou territoriaux et les autorités sanitaires constituent un autre obstacle unique auquel sont confrontés les peuples autochtones. Les services fédéraux, bien qu'insuffisants, sont offerts aux membres inscrits des Premières Nations et des Inuits par l'entremise de Services aux Autochtones Canada (SAC), en vertu du paragraphe 91(24) de la *Loi constitutionnelle de 1982*, qui confère au gouvernement fédéral le pouvoir de légiférer à l'égard « des Indiens et des terres réservées aux Indiens ». Parallèlement, la *Loi canadienne sur la santé* établit le droit de **tous les résidents** des provinces et des territoires aux soins de santé. Alors que cela devrait, en théorie, provoquer un chevauchement des services, il en découle plus souvent des lacunes dans les programmes, car les programmes, les services et les fournisseurs provinciaux et territoriaux prétendent souvent que la santé des Autochtones relève de la responsabilité fédérale.

Les conséquences de cette lacune sont profondes. Un participant a parlé de l'expérience de son frère atteint de schizophrénie. Il n'a pas pu bénéficier de soins normaux, ce qui lui a valu des démêlés avec la justice. En effet, il n'a pas pu accéder à des soins normaux parce que « les fournisseurs de soins [l'équipe de soins de courte durée] ont refusé de conduire sur les routes de la réserve, les mêmes routes que celles que nous utilisons pour les patients non-autochtones qui vivent juste à l'extérieur de la réserve » (participant, 7 décembre 2023). Au-delà du simple manque de soins, ce commentaire souligne le problème du manque de coordination entre les programmes et services communautaires, provinciaux ou territoriaux et fédéraux. Les clients et les patients, qui sont souvent aux prises avec des problèmes de santé mentale et de santé liée à

la consommation de substances, sont censés naviguer eux-mêmes dans ces inégalités associées aux administrations.

Soutien inadéquat aux services communautaires ou propres aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis

Ces séances de mobilisation ont mis en lumière un vif sentiment que les services propres aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis partout au Canada sont en grande partie des projets pilotes à court terme assortis d'un financement inadéquat. Toutefois, un système fondé sur des projets pilotes n'est pas complet. Par exemple, un participant a déclaré que « parfois, un excellent programme est mis en place, puis quelqu'un y accède et le service n'existe plus ou a été interrompu en raison d'un manque de financement ou de ressources » (participant, 16 novembre 2023).

L'une des conséquences de ce financement limité a été la mise en place de politiques strictes concernant les personnes admissibles aux programmes et aux services. Un participant fournisseur de services a déclaré qu'il est « difficile d'accéder à des programmes pertinents sur le plan culturel si l'on n'est pas inscrit dans une communauté ou une nation métisse ». Dans les centres urbains, la situation peut être meilleure, mais il est toujours très difficile de surmonter cet obstacle, de faire ce travail de généalogie et d'être connecté à une communauté » (participant, 15 novembre 2023). Dans cet exemple, une personne métisse qui n'est pas encore membre d'une organisation métisse, mais qui cherche à obtenir du soutien en SMSLCS, doit d'abord se soumettre à un processus de demande complet qui implique une recherche généalogique avant de pouvoir accéder aux soins.

De même, le financement fédéral des services de santé dans les réserves par l'entremise de Services aux Autochtones Canada (SAC) suit généralement une formule de financement fondée sur le nombre de membres de la bande. Cela exclut les personnes qui vivent dans la communauté, mais qui ne sont pas membres de la bande. Cela représente un défi important pour les Premières Nations qui doivent décider si elles doivent fournir des soins à des personnes pour lesquelles elles ne reçoivent pas de financement, ou si elles doivent refuser des membres de leur communauté. Cela crée des tensions au sein de la communauté et des lacunes potentielles dans les services.

Les participants ont mentionné que le manque d'options disponibles relativement aux services propres aux Autochtones met les peuples autochtones dans une position où ils n'ont pas de choix ni d'options. Les participants ont clairement établi un lien entre ce manque de choix et les décennies de politiques coloniales qui ont privé les Premières Nations, les Inuits et les Métis de leur faculté d'agir. Parmi ces politiques, mentionnons la fréquentation obligatoire des pensionnats et la ségrégation forcée dans les hôpitaux indiens. Les participants ont estimé que, concrètement et fondamentalement, le système actuel de SMSLCS, qui n'offre pas de véritables choix aux peuples autochtones, est une simple continuation de ces politiques coloniales plus flagrantes, et qu'il pourrait renforcer les sources coloniales des problèmes de santé mentale et de consommation de substances des peuples autochtones plutôt que de les atténuer (participant, 16 novembre 2023; participant, 7 décembre 2023).

Insuffisance des services et du financement de SAC

En plus des services inadéquats offerts aux échelles provinciales et territoriales, les participants aux groupes de discussion ont fait part des difficultés liées à l'offre du gouvernement fédéral (par l'entremise de SAC) de programmes et de services de SMSLCS pour les communautés des Premières Nations. En général, en ce qui concerne le financement de SAC, les groupes de

discussion étaient d'avis que le financement des programmes communautaires des Premières Nations a tendance à être cloisonné avec des mesures de soutien inadéquates pour la prévention, ce fait en sorte qu'il est difficile d'assurer complètement la continuité des soins. Un participant a résumé la situation en disant que « nous n'avons pas de fonds pour offrir des services intégrés, des services de réduction des méfaits pour faire face à la crise des opioïdes et de méthamphétamine. [Nous ne disposons pas] de fonds de prévention, seulement de fonds pour réagir à la crise » (participant, 7 décembre 2023).

3.1.2 *Racisme envers les Autochtones et stigmatisation*

L'obstacle que les Premières Nations, les Inuits et les Métis ont le plus souvent évoqué aux soins adéquats et sûrs de SMSLCS est sans doute la persistance de la stigmatisation des Autochtones et du racisme envers ceux-ci parmi les fournisseurs et les programmes. Ces problèmes exacerbent les disparités existantes, entravent l'accès aux soins et perpétuent les stéréotypes négatifs, ce qui, en fin de compte, nuit à l'efficacité des traitements et du soutien. Les stéréotypes négatifs et les idées fausses concernant les peuples autochtones persistent, ce qui entraîne la stigmatisation des contextes de santé mentale et de santé mentale liée à la consommation de substances. Cette stigmatisation peut dissuader les personnes de chercher de l'aide par crainte de discrimination ou de jugement, ce qui les isole encore plus de l'accès à des services de soutien essentiels.

Les groupes de discussion ont révélé les conséquences tragiques du racisme et de la stigmatisation, combinés à un accès inadéquat aux soins. Un participant des Premières Nations a raconté qu'il avait perdu deux enfants à la suite d'une surdose après avoir été recalé par le système de SMSLCS. Un enfant souffrait de douleurs chroniques dues à une blessure antérieure et le personnel médical, à cause de la stigmatisation et du racisme, n'a pas pris en charge la douleur de façon adéquate. Désespéré, le fils du participant a cherché à obtenir des analgésiques par l'entremise d'une connaissance sur les médias sociaux. Malheureusement, il a reçu des médicaments toxiques et est décédé. La fille de la participante souffrait de polyarthrite rhumatoïde débilitante. Les médecins n'ont pas non pris en charge sa douleur de façon adéquate. Pour soulager la douleur, la fille du participant a dû se mettre dans des positions qui l'ont rendue vulnérable aux actes de violence. La fille du participant a été tragiquement assassinée, soulignant le lien entre les systèmes défaillants de SMSLCS et d'autres réalités déplorables au Canada comme les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées (participant, 28 novembre 2023). Ainsi, il est essentiel de tenir compte de l'intersection entre le racisme, de la stigmatisation, des systèmes de soins inadéquats et du genre dans toute conversation sur les normes en SMSLCS.

Comme pour les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées, le lien entre la SMSLCS et la surreprésentation des enfants autochtones dans les systèmes de famille d'accueil est direct et profond. Une participante des Premières Nations a fait part de son expérience en tant qu'ancienne personne vivant dans la rue, qui a consommé des substances et a demandé de l'aide lorsqu'elle est tombée enceinte. Même si elle a réussi à se désintoxiquer pour sa grossesse, cette participante s'est exprimée sur sa peur de chercher du soutien, une peur qui s'est avérée fondée lorsque les services à l'enfance et à la famille ont tenté d'appréhender son enfant à la naissance (participante, 28 novembre 2023). Cette même participante, aujourd'hui fournisseuse de services, a mentionné un autre préjugé courant en SMSLCS, à savoir la stigmatisation à laquelle sont confrontées les personnes travaillant dans l'industrie du sexe et la manière dont elle se recoupe avec le racisme envers les Autochtones. Elle a mentionné que les personnes qui travaillent dans l'industrie du sexe hésitaient ainsi à faire appel aux services de SMSLCS (participante, 28 novembre 2023).

Les groupes de discussion ont également mis en lumière la difficulté de s'appuyer sur des approches occidentales à l'égard de la SMSLCS qui, outre leur manque de pertinence sur le plan culturel, peuvent être tout simplement racistes. Un fournisseur de services métis a déclaré que « des programmes comme les Alcooliques anonymes (AA) et les Narcotiques anonymes (NA) sont utiles, mais ne sont pas dirigés par des Autochtones, ne comptent pas d'aîné, ne commencent pas par une cérémonie et ont tendance à être très christianisés » (participant, 15 novembre 2023). Un participant inuit a décrit son déménagement de sa communauté d'origine du nord vers un centre urbain du sud. L'un des seuls groupes de soutien accessibles était les AA, auxquels il a adhéré. Tout d'abord, tous les autres participants étaient non-Autochtones et, comme il était originaire d'une petite communauté inuite, il ne s'est pas senti en sécurité dans cet environnement (participant, 29 novembre 2023). Deuxièmement, le participant a été confronté à des documents éducatifs carrément racistes. Il a cité la page exacte du « Gros livre » des AA qui stipule :

« Un aîné peut interpréter les choses différemment des fournisseurs de services [occidentaux]. Certains guérisseurs voient ces dons, tandis que des médecins y voient un diagnostic ».

En supposant que nous soyons aptes sur le spirituel, nous pouvons faire toutes sortes de choses que les alcooliques ne sont pas censés faire. Les gens ont dit que nous ne devons pas aller là où l'on sert de l'alcool, que nous ne devons pas en avoir chez nous, que nous devons éviter les amis qui boivent, que nous devons éviter les films qui montrent des scènes de consommation d'alcool, que nous ne devons pas entrer dans les bars, que nos amis devaient cacher leurs bouteilles si nous allions chez eux, que nous ne devons pas penser à l'alcool ou qu'on ne devait pas nous le rappeler du tout. Notre expérience montre que ce n'est pas nécessairement le cas.

Nous respectons ces conditions tous les jours. Un alcoolique qui ne peut pas les respecter a toujours un esprit alcoolique; il y a quelque chose qui cloche dans son état spirituel. Sa seule chance d'être sobre serait un endroit comme la calotte glaciaire du Groenland, et même là, un Esquimau pourrait se présenter avec une bouteille de scotch et tout gâcher (W. Bill 2002, p. 101).

Le participant a déclaré qu'il se sentait ainsi exposé et blessé, comme si les Inuits étaient intrinsèquement mauvais. Il est très troublant que ce type de racisme provienne de l'un des seuls programmes de soutien à la santé liés à la consommation de substances dont disposent de nombreux autochtones au Canada.

3.1.3 Hégémonie des pratiques occidentales

De concert avec le racisme envers les Autochtones au sein des systèmes de SMSLCS, de nombreux participants aux groupes de discussion ont cité l'hégémonie des pratiques occidentales au sein des programmes et services de SMSLCS comme une difficulté importante à laquelle sont confrontés les Premières Nations, les Inuits et les Métis qui cherchent à obtenir des soins. Les cadres occidentaux privilégient souvent les perspectives individualistes, les interventions fondées sur des données probantes et déterminées à l'aide de méthodes occidentales, ainsi que les critères de diagnostic normalisés. Souvent, ces approches ne cadrent pas avec les pratiques de guérison communautaires, holistiques et spirituellement intégrées que l'on trouve dans de nombreuses cultures autochtones.

Les participants aux groupes de discussion ont mentionné que l'exclusion des pratiques autochtones et le fait de privilégier les pratiques occidentales contribuent à l'érosion de l'identité

culturelle et de la cohésion communautaire qui, dans de nombreux cas, est à l'origine des problèmes de santé mentale et de santé liée à la consommation de substances que les peuples autochtones rencontrent. À titre d'exemple, un participant a expliqué comment l'utilisation des mesures de l'expérience négative de l'enfance (ENE) peut nuire aux patients et aux clients autochtones. Ils ont déclaré qu'« en tant qu'Autochtones, nous obtiendrons de meilleurs résultats en raison de nos expériences vécues. Nous nous trouvons en situation déficitaire. Aucun mécanisme ne permet de supprimer un diagnostic de notre dossier, qui finalement définit qui nous sommes à l'avenir... [le] manque de compréhension de nos expériences vécues devient un énorme obstacle » (participant, 7 décembre 2023).

Plusieurs façons dont les approches occidentales sont prises en compte dans la conception et l'offre des programmes et services de SMSLCS ont été recensées. Les exemples incluent une approche individualiste à l'égard des diagnostics, des approches thérapeutiques, des objectifs de traitement personnalisés et une prise en compte limitée des déterminants sociaux de la santé, y compris les facteurs culturels, sociaux et familiaux. Un participant a mentionné que cette approche individualiste produisait des lacunes entre les services occidentaux de SMSLCS et la famille, les ressources communautaires et les réseaux de pairs. Un fournisseur de services métis a fait part de son expérience :

On indique souvent que le travail en famille est le meilleur et le plus efficace, en particulier avec les jeunes, mais il est difficile d'y accéder. Je pense à un patient; c'était difficile dans son parcours de rétablissement parce qu'il fallait en partie réparer les relations avec les membres de sa famille, mais cela est difficile s'ils ne suivent pas une thérapie – la communauté a été très utile parce qu'elle a rassemblé tout le monde... Cela aide beaucoup la famille à se sentir plus à l'aise et plus confiante pour soutenir la personne, c'est généralement lié à l'ensemble de la dynamique familiale (participant, 16 novembre 2023).

3.1.4 Obstacles linguistiques

Plusieurs participants aux groupes de discussion ont mentionné que la langue était un obstacle pour certains membres des Premières Nations, Inuits et Métis qui souhaitaient recevoir des soins de SMSLCS de qualité. La disponibilité de l'interprétation ou de la traduction dans les différentes langues autochtones est limitée dans la plupart des établissements de soins de santé, ce qui peut entraîner des malentendus ou des échanges de renseignements incomplets.

Plusieurs participants du Québec ont soulevé une question connexe, qui concerne les peuples autochtones dont la première langue est leur langue autochtone et les anglophones. Tous les services sociaux et de santé de la province de Québec sont offerts en français. Cependant, environ la moitié des communautés des Premières Nations au Québec sont principalement anglophones. En outre, le Québec compte une importante population inuite, notamment à Montréal où de nombreux Inuits se rendent pour bénéficier de services de santé. Les obstacles linguistiques font en sorte qu'il est difficile de trouver des fournisseurs de soins adéquats et limitent l'accès à des renseignements importants sur la santé, à des documents éducatifs et à des ressources.

3.1.5 Ne pas tenir compte des déterminants sociaux de la santé

Enfin, un thème commun à tous les groupes de discussion a été l'incapacité des systèmes actuels de SMSLCS à convenablement tenir compte des déterminants sociaux de la santé. On a estimé que les sources de ce défi sont à la fois sociétales ou culturelles et politiques. La prédominance

du modèle biomédical occidental, qui cherche à traiter les individus, est moins encline à tenir compte des contextes sociaux plus vastes dans lesquels les défis en matière de SMSLCS émergent. De nombreux programmes et services actuels se déroulent dans un cadre clinique, ce qui peut masquer le rôle que les déterminants sociaux de la santé jouent, notamment la pauvreté, le racisme et la précarité du logement. En ce qui concerne les sources politiques de cette incapacité à tenir compte des déterminants sociaux de la santé, la fragmentation des services entre les secteurs privé et public de même que les différentes administrations font en sorte que la collaboration permettant de tenir compte des déterminants sociaux de la santé est difficile. En outre, les participants ont mentionné le manque chronique de ressources consacrées à l'atténuation des inégalités dans le domaine des déterminants sociaux de la santé comme une décision politique qui perpétue les préjudices.

3.2 VISION D'AVENIR

Il ne fait aucun doute que les participants aux groupes de discussion estiment que les soins actuels en SMSLCS sont inadéquats pour répondre aux besoins des individus, des familles et des communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis. Cependant, le groupe de discussion a révélé une vision claire de ce qu'il faut pour répondre aux préoccupations des peuples autochtones en matière de SMSLCS et pour créer des communautés autonomes et autodéterminées pour faire place à des peuples autochtones en bonne santé et épanouis.

« Idéalement, les systèmes de SMSLCS devraient être construits autour des relations au sein de la communauté. On aurait le temps, les fonds et l'espace pour préparer des plans de traitement qui considèrent une personne de manière holistique et qui appuient non seulement l'individu, mais aussi la famille et la communauté en général pour qu'elles s'épanouissent dans leur ensemble... Une alimentation saine, un lien avec la terre, avec la communauté, avec l'esprit, avec un sentiment d'utilité et d'appartenance... sont autant d'éléments essentiels à l'épanouissement. »

- Participant, 7 décembre 2023

3.2.1 Continuité des soins fondée sur les distinctions et axée sur la communauté

L'un des thèmes majeurs qui est ressorti des discussions des groupes de discussion au sujet de la vision future des programmes et services de SMSLCS qui répondent aux besoins des peuples autochtones est un fort appui en faveur de programmes et services fondés sur les distinctions¹ et axés sur la communauté, organisés en un continuum de soins qui répondent aux besoins physiques, mentaux, émotionnels et spirituels des individus, des familles et des communautés. Ces services doivent se trouver là où les gens vivent, que ce soit dans les centres urbains ou dans les communautés rurales, isolées et nordiques.

Les gouvernements provinciaux ou territoriaux et fédéral ont l'obligation de s'assurer que les communautés reçoivent tout le soutien pour planifier, élaborer et mettre en œuvre des programmes eux-mêmes, en s'assurant que les programmes et les services sont adaptés au contexte unique et spécifique de chaque communauté. Ce point reconnaît la grande diversité

¹ L'expression « fondé sur les distinctions » désigne les politiques et les programmes conçus selon la compréhension des besoins uniques et diversifiés des Premières Nations, des Inuits et des Métis au Canada. Plutôt qu'une approche unique, les approches fondées sur les distinctions cherchent à répondre à ces besoins uniques selon les caractéristiques de chaque communauté, qui peuvent inclure des contextes socio-économiques et historiques, des traités et des relations, ainsi que des pratiques culturelles, entre autres.

des cultures et des contextes des Premières Nations, des Inuits et des Métis, au sein de ces groupes et entre ceux-ci. Un participant a décrit l'importance de mettre la culture au cœur de la guérison en précisant qu'elle permet de transmettre des enseignements importants, notamment « la signification du mode de vie qui a permis à [nos] ancêtres de survivre » (participant, 20 novembre 2023). Un autre participant a souligné l'importance d'inclure l'apprentissage des langues dans les programmes de SMSLCS, car les langues autochtones sont imprégnées de sagesse en ce qui concerne la terre, la culture et la guérison. Un participant a décrit un programme axé sur la terre réussi qui incarne toutes ces idées. Il a expliqué ce qui suit :

Le succès du programme peut être attribué à sa nature, qui repose sur l'établissement de relations, la collaboration avec d'autres personnes et le leadership. Nous avons vécu ensemble sur ces terres. Nous avons fait le contraire de ce que faisait le colonialisme en emmenant les enfants dans des pensionnats, en les séparant de leur communauté, de leur terre, de leur famille (participant, 20 novembre 2023).

« Je voulais dire que dans le système idéal, on ne « frapperait pas à la mauvaise porte ». On s'en est beaucoup servi récemment, mais on frappe à la mauvaise porte! On adore parler de « rencontrer les gens là où ils en sont », mais il s'agit en fait d'un système intégré qui prend en compte le logement, le revenu, l'emploi, le soutien culturel, ces besoins holistiques de bien-être. Le bien-être holistique concerne les personnes qui ne sont peut-être pas prêtes à réduire leur consommation de substances, mais qui ont besoin d'un logement. Nous offrons des programmes de logement, mais comment qualifier ces programmes lorsqu'il n'y a pas de conseillers sur place, ni d'activités de bien-être? La première étape consiste donc à présenter le logement à ces personnes. Il est également utile d'avoir une routine plus saine, de leur donner plus d'options pour qu'elles puissent affirmer qu'elles sont prêtes pour ce moment, qu'elles veulent et ont besoin de ce moment. »

- Participant, 16 novembre 2023.

Un autre participant avait le même point de vue : « lorsque je pense à la réconciliation, je pense à ce qu'on nous a enlevé : la langue, les connaissances, le rôle de parent traditionnel, les connaissances traditionnelles. Ce qu'il faut faire, c'est investir un montant beaucoup plus important pour rétablir cette situation (Participant, 16 novembre 2023). Affirmant la valeur de la culture dans la guérison, un participant a décrit comment le fait de retourner dans son pays d'origine a réellement contribué à son parcours de guérison, car il a facilité l'accès à la terre, à la culture et aux aînés. Il est très important de multiplier les possibilités de renouer.

« Pourquoi devons-nous toujours parler du fait que nous sommes brisés? Pourquoi ne pouvons-nous pas parler du fait qu'il est mortel d'être Inuk?! »

- Participant,

Les participants aux groupes de discussion ont mentionné que la notion de culture comme fondement et le fait de centrer les pratiques des Premières Nations, des Inuits et des Métis au sein de la SMSLCS s'appuient sur un langage et des pratiques fondés sur les forces, qui permettent de cerner et d'exploiter les forces, les capacités et les ressources inhérentes des

individus, des familles et des communautés afin de promouvoir le rétablissement, la résilience et le bien-être. Cette approche est particulièrement importante lorsqu'on aborde la SMSLCS des

Premières Nations, des Inuits et des Métis, compte tenu de leur contexte culturel, historique et social unique au Canada. Par exemple, les approches fondées sur les forces témoignent mieux les valeurs communautaires et l'interdépendance qui sont à la base de nombreuses cultures autochtones. En outre, les communautés autochtones ont survécu et persisté malgré un barrage de préjudices coloniaux qui ont été perpétrés pendant des siècles. Les connaissances ancestrales en matière d'entraide ont été préservées et sont en train d'être reconstruites. Cela devrait à juste titre être une source de fierté, d'autonomisation et de bien-être pour les populations et les communautés autochtones. Enfin, les approches fondées sur les atouts et ancrées dans les traditions des Premières Nations, des Inuits et des Métis sont le reflet de l'autodétermination et de la continuité culturelle des Autochtones, qui constituent en soi un important déterminant de la santé.

Une autre distinction conceptuelle importante a été établie, à savoir la manière dont la réduction des risques est conçue et mise en œuvre au sein de nombreuses communautés autochtones. Contrairement aux modèles de soins individualistes des modèles de soins occidentaux, les participants aux groupes de discussion ont fait part d'une vision à l'égard de la réduction des méfaits qui va bien au-delà de la prévention des méfaits pour les individus. La réduction des méfaits chez les Autochtones consiste à élaborer des programmes et des services qui réduisent les méfaits dont les individus, les familles et les communautés sont victimes et qui s'attaquent aux méfaits causés par le colonialisme.

3.2.2 Appuyer les déterminants sociaux de la santé

Les séances de mobilisation ont révélé les difficultés généralisées auxquelles sont confrontés les Premières Nations, les Inuits et les Métis dans leur parcours de guérison lorsqu'ils luttent pour satisfaire aux besoins fondamentaux de la vie, comme le logement et la sécurité alimentaire. Comme il est mentionné à la section 3.1.5, on estime que les systèmes actuels de SMSLCS ne prennent pas suffisamment en compte les déterminants sociaux de la santé des individus, des familles et des communautés. En revanche, la vision future des participants comprend des programmes et des services intégrés dans la continuité des soins qui s'attaquent directement aux conditions sociales, politiques et économiques qui ont une incidence sur la santé et le bien-être des Premières Nations, des Inuits et des Métis. Voici ce que pourrait inclure l'appui aux déterminants sociaux de la santé dans le cadre des programmes de SMSLCS :

- l'intégration des services de SMSLCS dans des initiatives plus vastes de santé et de services sociaux qui traitent des déterminants sociaux comme l'accès au logement, à l'éducation et à la formation, à l'emploi et aux loisirs, entre autres;
- une éducation et une sensibilisation accrues à l'incidence des déterminants sociaux de la santé dans les contextes des Premières Nations, des Inuits et des Métis sur les résultats de la SMSLCS, afin de lutter contre la stigmatisation et la littératie en matière de santé;
- une fonction de défense qui vise à orienter les changements de politiques et de programmes aux échelles local, régional et national vers une approche globale à l'égard de la SMSLCS et des déterminants sociaux de la santé;
- des stratégies de prévention visant à créer des communautés saines, dès la petite enfance et tout au long de la vie, en tenant compte du contexte local et des façons culturelles de savoir, d'être et d'agir.

Les participants ont également souligné la nécessité de prendre en considération les besoins spécifiques des communautés au sein des communautés dans la planification et la mise en œuvre des programmes, comme les femmes, les jeunes, les aînés et les membres de la

communauté 2ELGBTQQIA+. Par exemple, un participant a fait part d'une expérience passée où des femmes, qui travaillaient dur pour être en bonne santé afin de pouvoir s'occuper de leurs enfants, n'ont pas pu accéder à un programme de guérison axé sur la terre parce que le programme n'incluait pas les enfants ou ne prévoyait pas de mesures d'adaptation pour les enfants. La participation à la conception des programmes de personnes ayant une expérience concrète dans ce domaine contribuera à l'atteinte de cet objectif.

3.2.3 *Coordination des administrations et des programmes*

Si les participants aux groupes de discussion ont accordé une grande attention à la mise en place de services communautaires en SMSLCS, ils ont également reconnu le besoin d'assurer la coordination avec les programmes et services extérieurs aux programmes communautaires, y compris les services provinciaux ou territoriaux. Cette démarche peut être soutenue par l'établissement de relations profondes et véritables, de protocoles clairs pour l'échange de renseignements et la communication, la formation croisée et le perfectionnement professionnel, des équipes multidisciplinaires et intergouvernementales avec la possibilité de regrouper les services, des intervenants-pivots pour les patients autochtones, et un échange de données établi conformément aux protocoles de données autochtones. Les principes PCPA® des Premières Nations en sont un exemple.

3.2.4 *Sécurité culturelle et antiracisme*

Comme on l'a mentionné à la section 3.2.3, les participants aux groupes de discussion ont reconnu le rôle important et continu des systèmes de SMSLCS traditionnels dans l'offre de programmes et de services aux peuples autochtones du Canada. Ainsi, on a voulu s'assurer que tous les programmes et services destinés aux peuples autochtones étaient sécuritaires sur le plan culturel et sans racisme. Les participants ont fait part de leur frustration à l'égard de certains efforts passés et actuels visant à lutter contre le racisme envers les Autochtones et à assurer la sécurité culturelle, efforts qu'ils perçoivent comme étant performatifs et superficiels. La sécurité culturelle au sein des systèmes de SMSLCS n'exige rien de moins que la transformation du système (participant, 20 novembre 2023; participant, 16 novembre 2023). Cette transformation doit commencer par une comptabilité claire et honnête de la vérité du colonialisme et de la manifestation continue du colonialisme par des moyens systémiques. Cette transformation doit avoir lieu dans le cadre de relations réciproques entre les systèmes de SMSLCS et les peuples autochtones, fondées sur l'humilité et l'engagement à entretenir de bonnes relations. Grâce à ces relations, des mesures spécifiques peuvent être prises pour assurer la sécurité culturelle et lutter contre le racisme envers les Autochtones. Les participants aux groupes de discussion ont déterminé que les actions suivantes étaient des pratiques prometteuses mises en œuvre dans le cadre de ces relations :

« Une structure organisationnelle visant à soutenir la sécurité culturelle et les approches tenant compte des traumatismes a besoin d'une transformation systématique importante! C'est à tous les niveaux, c'est la façon dont l'organisation est structurée; est-ce du haut vers le bas? Les personnes au bas de l'échelle ont-elles leur mot à dire sur ce qui se passe ou se contentent-elles de réagir à ce qui se passe? Y a-t-il une communication circulaire? Y a-t-il des avantages pour la santé mentale? Des choses qui appuient vraiment ce qui nous permet de nous sentir bien dans notre vie de tous les jours. »

- Participant, 16 novembre 2023

- formation obligatoire et continue sur l'antiracisme et la sécurité culturelle pour l'ensemble du personnel, liée à l'évaluation du rendement;
- formation généralisée sur les soins tenant compte des traumatismes et les approches autochtones de réduction des méfaits;
- respect des façons de savoir, d'être et de faire des Premières Nations, des Inuits et des Métis, y compris les approches à l'égard de la guérison ainsi que la mesure et l'évaluation de la réussite des programmes;
- recrutement et fidélisation du personnel et des systèmes des Premières Nations, des Inuits et des Métis afin de favoriser leur participation réelle et sûre aux systèmes;
- soutien organisationnel et politique, et ressources allouées pour garantir la réussite des travaux susmentionnés.

3.3 NORMES DE SERVICE

Ces séances de mobilisation ont donné lieu à de nombreuses discussions approfondies sur les promesses et les pièges potentiels des normes de service en SMSLCS, en particulier dans le contexte autochtone. Tout en reconnaissant généralement leur valeur potentielle, plusieurs groupes ont fait part d'un certain malaise face à la notion de normes de service. Dans le passé, les peuples autochtones ont été contraints, souvent par la violence, de se conformer à des systèmes et à des visions du monde non autochtones. On craint que les normes de service intègrent et imposent un modèle de soins en SMSLCS occidental. Un participant a déclaré que « les normes sont linéaires, fermes, noires et blanches », ce qui n'offre pas toujours la souplesse nécessaire pour appuyer les pratiques de guérison et les fournisseurs de soins autochtones (participant, 20 novembre 2023).

« Ce qui me rend nerveux à propos des normes, c'est la question de savoir qui élabore les normes et comment elles sont élaborées. Les normes autochtones sont différentes, le contexte culturel et politique est différent. Parfois, on finit par répéter les idées coloniales sur ce qui constitue un fournisseur « approprié » ou « réglementé », ce qui ne reconnaît pas toujours l'expertise associée à l'expérience vécue et à l'enseignement traditionnel. Il est donc important de savoir que les méthodes autochtones sont tout aussi respectées. »

- Participant, 16 novembre 2023

Alors que les normes de service ont été décrites comme étant rigides, plusieurs participants se sont ralliés au concept de principes. Un participant des Premières Nations a déclaré : « Les principes font référence à une valeur, mais c'est aussi une stratégie pour accomplir quelque chose. Il intègre des relations. La sécurité culturelle est davantage réalisable lorsque l'on mène des activités en fonction de principes plutôt que de normes. Il est plus facile d'amener des personnes différentes sur le plan culturel à travailler de manière créative » (participant, 20 novembre 2023). On a également souligné que les principes offrent la flexibilité nécessaire pour répondre à des contextes spécifiques et encouragent les fournisseurs et les systèmes à viser l'excellence, plutôt qu'à atteindre une norme. Lors de la discussion sur les normes et les principes, un participant a suggéré que les normes de service pourraient en fait constituer un pas en arrière par rapport à la transformation des systèmes qui est nécessaire dans le cadre d'un projet de sécurité culturelle en SMSLCS.

Il est clair qu'il n'y a pas de consensus sur la valeur des normes par rapport à un cadre conceptuel fondé des principes. Cela souligne la nécessité de poursuivre le dialogue au sein du processus d'élaboration des normes afin de répondre aux lacunes perçues d'un cadre normatif qui ont été mises en évidence en réfléchissant à une approche fondée sur des principes.

En gardant à l'esprit ces mises en garde importantes, la section suivante détaille les considérations soulevées par les participants généralement favorables au concept de normes.

3.3.1 *Lien avec les régimes de normes existants*

Un participant qui est fournisseur de services a noté que plusieurs collègues professionnels disposent déjà de normes de pratique en matière de sécurité culturelle, notamment les *Standards of Clinical Practice* de la BC Association of Clinical Counsellors : *Indigenous Cultural Safety, Cultural Humility, and Anti-Racism* (2023) (en anglais seulement). Cela a soulevé l'idée de s'assurer que, dans le cadre du processus d'élaboration de nouvelles normes, une attention est accordée aux régimes existants et à la manière dont ils sont alignés ou dont ils divergent. En outre, il convient d'examiner la manière dont la responsabilisation est assurée pour les nouvelles normes par rapport aux mécanismes de responsabilisation existants.

3.3.2 *Accès équitable*

Comme il est mentionné tout au long de ce rapport, l'accès des populations autochtones à des programmes et services de SMSLCS de qualité, pertinents et sûrs est un défi continu partout au Canada. C'est pourquoi les participants ont suggéré de mettre l'accent sur l'*accès équitable* dans le cadre de toute approche proposée à l'égard des normes. Cette norme devrait garantir que les services de santé mentale et de santé mentale liée à la consommation de substances sont accessibles à tous les individus, quels que soient leurs antécédents, leurs capacités, leur statut socioéconomique, leur lieu de résidence et leur culture. L'accès équitable consiste à garantir l'accessibilité physique, linguistique, financière et technologique ainsi que la disponibilité de services adaptés et sécuritaires sur le plan culturel à l'endroit et au moment où ils sont nécessaires.

3.3.3 *Thèmes propres aux Autochtones*

En plus de donner des directives sur ce qui constituerait un bon processus d'élaboration des normes en SMSLCS, les participants aux groupes de discussion ont relevé certains domaines clés qui profiteraient à être normalisés.

- *Flexibilité* : les normes doivent être flexibles afin de favoriser des soins axés sur le client, ainsi que la diversité parmi les cultures et les points de vue des Premières Nations, des Inuits et des Métis. En outre, les normes doivent tenir compte des besoins particuliers de tous les peuples autochtones.
- *Soins tenant compte des traumatismes et sécuritaires sur le plan culturel* : les normes doivent mettre en lumière l'importance pour les professionnels de la santé mentale et de la santé liée à la consommation de substances d'être sécuritaires sur le plan culturel et respectueux des cultures, des valeurs et des traditions autochtones. Elles doivent notamment comprendre les divers points de vue des Premières Nations, des Inuits et des Métis, ainsi que les contextes communautaires locaux, en matière de santé et de guérison, ainsi que de créer un environnement dans lequel les clients des Premières Nations, des Inuits et des Métis se sentent respectés, compris et à l'abri de toute discrimination. Les

fournisseurs doivent aussi intégrer des approches tenant compte des traumatismes qui répondent aux traumatismes historiques et contemporains auxquels sont confrontés les peuples autochtones enracinés dans le colonialisme.

- *Soins holistiques et intégrés* : les normes doivent promouvoir des soins en SMSLCS qui s'occupent du bien-être physique, mental, émotionnel et spirituel des populations autochtones, y compris des déterminants sociaux de la santé. Il faut également s'assurer que les clients autochtones ne sont pas pris au piège dans les problèmes d'administration ou de programme.
- *Intégration de la guérison fondée sur les forces autochtones* : les normes devraient souligner l'importance des pratiques de guérison autochtones et s'assurer que les fournisseurs facilitent activement leur inclusion lorsqu'ils appuient les clients des Premières Nations, des Inuits et des Métis.
- *Relations réciproques* : les normes doivent appuyer l'établissement et le maintien de relations réciproques avec les peuples et les communautés autochtones à l'échelle du fournisseur, du programme et du système. Cela devrait pris en considération dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation du programme, ainsi que dans l'amélioration continue de la qualité.
- *Recrutement et fidélisation du personnel autochtone* : les normes devraient permettre d'appuyer les efforts déployés pour recruter et fidéliser le personnel des Premières Nations, des Inuits et des Métis, y compris aux postes de direction. Il faut notamment garantir l'équité salariale et la reconnaissance de l'expertise qui ne relèvent pas du modèle de soins occidental (p. ex., les aînés, les gardiens du savoir, les pairs).
- *Équité* : les normes doivent garantir que les programmes et services de SMSLCS sont accessibles sur les plans géographique, financier et culturel aux communautés autochtones à un niveau correspondant à leurs besoins, la priorité étant de financer les programmes élaborés et gérés par les autochtones au sein des communautés autochtones elles-mêmes.

« Actuellement, ce sont normalement des Blancs qui évaluent si des Blancs peuvent nous servir en tant qu'Autochtones. »

- Participant,
7 décembre 2023.

3.3.4 Responsabilisation

En ce qui concerne les normes en SMSLCS, tous les groupes de discussion ont communiqué un message clé : pour que les normes aient un effet, imposer une responsabilisation est important, de même que la forme que prend cette responsabilisation et la personne qui la mesure. En général, on a appuyé l'idée qu'un tiers contrôle le respect des normes. Cependant, il est très important que le tiers ait la capacité et l'expertise appropriée ainsi qu'une compréhension profonde des contextes sociopolitiques des Premières Nations, des Inuits et des Métis, de même que de leurs façons de savoir, d'être et de faire.

Le besoin de cette expertise a été souligné par une histoire racontée par un participant au groupe de discussion. Il a parlé d'un chercheur qui interrogeait un aîné sur la taille de la population d'ours une année donnée. L'aîné a répondu qu'il y avait « beaucoup de baies cette année-là ». Le chercheur a supposé que l'aîné avait mal compris la question. Cependant, quelqu'un qui comprend le contexte culturel saurait que l'aîné exprimait que la population d'ours était faible

parce qu'il y avait encore beaucoup de baies (participant, 5 décembre 2023). L'évaluation doit témoigner des valeurs (paramètres) et des méthodes des Premières Nations, des Inuits et des Métis.

En outre, de nombreux participants aux groupes de discussion ont mentionné qu'ils souhaitaient que la structure de responsabilisation d'un tiers soit un lieu d'établissement de relations et de renforcement des capacités. Cela renvoie à la discussion précédente sur la valeur des principes en ce sens qu'ils permettent d'intégrer les relations dans des actions concrètes visant à offrir des soins en SMSLCS sécuritaires et de grande qualité. Au moins à court terme, les fournisseurs de services et les organisations non autochtones joueront un rôle dans la prestation de services en SMSLCS aux populations autochtones; cependant, il est difficile et long d'acquérir des compétences sur des sujets aussi complexes que la sécurité culturelle, les bonnes relations avec les communautés autochtones et l'intégration sécuritaire et réelle des méthodes de guérison autochtones. Les participants ont fait part de leur déception face à l'inadéquation des formations actuelles sur la sécurité culturelle qui ont été mises en place dans les systèmes de santé au Canada. Compte tenu de cette lacune, de nombreuses personnes ont estimé que cette organisation tierce pourrait également appuyer la mise en œuvre de ces normes par l'échange de connaissances et le renforcement des capacités, en plus d'évaluer, de contrôler et de rendre compte du respect des normes de service propres aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis.

Très clairement, la personne chargée de promouvoir et de faire respecter les normes doit posséder les compétences, la crédibilité et les connaissances culturelles et contextuelles requises décrites ci-dessus. Parmi les autres actions potentielles évoquées par les participants aux groupes de discussion et susceptibles d'entraîner une responsabilisation à l'égard des normes de service, mentionnons les suivantes :

- créer des possibilités de collaboration, d'apprentissage partagé et d'examen par les pairs des programmes et des services afin de faire progresser les pratiques exemplaires et de faciliter l'établissement de relations;
- établir et promouvoir des normes et des lignes directrices claires ainsi qu'appuyer leur mise en œuvre;
- élaborer des paramètres de rendement pertinents sur les plans culturel et contextuel qui sont continuellement contrôlés, évalués et ajustés en fonction des résultats;
- produire des rapports transparents et réguliers sur les résultats;
- mettre en place des mécanismes permettant aux individus, aux familles et aux communautés de faire part de leurs préoccupations ou de leurs plaintes concernant les fournisseurs, les programmes et les systèmes de SMSLCS;
- mettre en place un mécanisme de surveillance pour contrôler et faire respecter les normes.

4. RECOMMANDATIONS

Les sections précédentes ont présenté des idées importantes sur les domaines à explorer dans le cadre de l'élaboration des normes en SMSLCS. La section ci-dessous présente des recommandations visant à faire progresser les travaux du Collaboratif en SMSLCS et la feuille de route de normalisation de manière satisfaisante.

1. Ces séances de mobilisation ont clairement montré que les peuples autochtones ne se contentent pas d'un simple rafistolage d'un système qui leur fait du tort, mais qu'ils souhaitent plutôt des changements audacieux et transformateurs. Ainsi, **les normes de service en SMSLCS doivent être considérées comme une partie d'un système plus vaste et d'une transformation sociétale qui exige des efforts spécifiques pour appuyer l'autodétermination autochtone en partenariat avec les peuples autochtones.**
2. L'approche adoptée pour toute mobilisation, tout développement et codéveloppement futurs devrait, avant tout, être guidée par la compréhension du fait que, depuis des temps immémoriaux, les peuples autochtones possèdent l'expertise, les connaissances et la sagesse nécessaires pour assurer la santé des individus, des familles, des communautés et des nations. Malgré les efforts coloniaux pour la faire taire, **cette expertise demeure et constitue la base sur laquelle des systèmes de SMSLCS efficaces et équitables doivent être construits pour les peuples autochtones du Canada.**
3. Comme le mentionne le présent rapport, les groupes de discussion ont exprimé des points de vue complexes et parfois divergents sur les promesses et les pièges potentiels des normes en SMSLCS. En outre, de nombreux participants ont fait part de leur inquiétude quant au fait que ces groupes de discussion de courte durée seraient les seules séances de mobilisation liées à l'élaboration de normes de service. En général, on a estimé que le **processus d'élaboration des normes doit cadrer avec les obligations juridiques et éthiques en matière d'autodétermination des Autochtones, telles qu'énoncées dans la Constitution, les traités et les déclarations internationales, y compris la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (DNUDPA).** Cela devrait inclure une mobilisation globale et une élaboration conjointe guidées par les besoins et les attentes des peuples autochtones.

Ainsi, l'avancement des travaux du Collectif en SMSLCS et de la feuille de route de normalisation exigera des transformations à grande échelle des systèmes dans tous les secteurs, devra garantir que les modes de connaissance et d'action autochtones sont fondamentaux et devra cadrer avec les obligations légales et éthiques en matière d'autodétermination autochtone.

CITATIONS

Anderson, T. (2021). « Chapitre 4 : Les jeunes autochtones au Canada. » *Statistique Canada*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/42-28-0001/2021001/article/00004-fra.htm>

BC Association of Clinical Counsellors. (BCACC). (2023). *Standards of Clinical Practice: Indigenous Cultural Safety, Cultural Humility, and Anti-Racism*. https://bcacc.ca/wp-content/uploads/2023/07/05-BCACC-Standards-of-Clinical-Practice_ICSHAR-Effective-Nov.-1-2023.pdf

Carriere, G., Garner, R. et Sanmartin, C. (2022). « Facteurs déterminants associés à l'usage problématique de médicaments antidouleur contenant des opioïdes au sein de la population à domicile, Canada, 2018 ». *Statistique Canada : Rapports sur la santé*, 32(12), 11-26. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2021012/article/00002-fra.htm>

Centre de toxicomanie et de santé mentale. (CAMH). (2023). « Mental Illness and Addiction: Facts and Statistics. » *Page Web; CAMH*. <https://www.camh.ca/en/driving-change/the-crisis-is-real/mental-health-statistics>

Régie de la santé des Premières Nations (RSPN). (2021). « First Nations in BC and the Toxic Drug Crisis. » *Communiqué de presse*. <https://www.fnha.ca/about/news-and-events/news/first-nations-toxic-drug-deaths-doubled-during-the-pandemic-in-2020>

Gouvernement du Canada. (2022). *Les conditions de logement des Premières Nations, des Métis et*

des Inuit au Canada selon les données du Recensement de 2021. Statistique Canada. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/as-sa/98-200-x/2021007/98-200-x2021007-fra.pdf>

Inuit Tapiriit Kanatami. (2019). *Promising Practices in Suicide Prevention Across Inuit Nunangat*.

Layton, J. (2023). *Les jeunes des Premières Nations : expériences et résultats relativement à l'éducation aux niveaux secondaire et postsecondaire*. Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/81-599-x/81-599-x2023001-fra.pdf?st=tUiMZhPq>

Marsh, T.N., Cote-Meek, S., Young, N.L., Najavits, L.M. et Toulouse, P. (2016). « Indigenous healing and seeking safety: a blended implementation project for intergenerational trauma and substance use disorders ». *The International Indigenous Policy Journal*, 7(2). DOI : 10.18584/iipj.2016.7.2.3

Conseil consultatif national sur la pauvreté. (2021). *Pour mieux comprendre : Le premier rapport du Conseil consultatif national sur la pauvreté*. Emploi et Développement social Canada. https://www.canada.ca/content/dam/esdc-edsc/documents/programs/poverty-reduction/national-advisory-council/reports/2020-annual/Pour_Mieux_Comprendre_Final_Jan_15.pdf

Thunderbird Partnership Foundation. (2023). *23 Sommet sur la consommation des substances des Premières Nations : Rapport final*. Rapport. Fondation Thunderbird Partnership.

https://thunderbirdpf.org/wp-content/uploads/2023/09/Substance-Use-Summit-Report_FR-WEB.pdf

Thunderbird Partnership Foundation. (2022). *Enquête sur les opioïdes et la méthamphétamine chez les Premières Nations : Rapport national sur les agrégats courts*. Rapport. Fondation Thunderbird Partnership. https://thunderbirdpf.org/wp-content/uploads/2023/09/FNOM_Short-Report_FR-WEB.pdf

Toth, K. (2022). « Indigenous Healthcare in Canada. » *Harvard International Review*. <https://hir.harvard.edu/indigenous-healthcare-in-canada/#:~:text=25%20percent%20of%20Indigenous%20peoples,in%20non%2DIndigenous%20Canadian%20populations.>

W., B. (2002). *Alcooliques anonymes : L'histoire de milliers d'hommes et de femmes qui se sont rétablis de l'alcoolisme*. Alcoholics Anonymous World Services.

ANNEXE A : GUIDE DU GROUPE DE DISCUSSION

1. Services actuels en SMSLCS	
<i>Contexte : Nous aimerions commencer par comprendre votre expérience, ou celle de votre famille et de votre communauté, en ce qui concerne les services et les systèmes de SMSLCS tels qu'ils existent actuellement.</i>	
1.1	<p>De votre point de vue, comment les systèmes de SMSLCS actuels se comportent-ils lorsqu'il s'agit d'offrir des services de haute qualité aux peuples autochtones?</p> <p>a. Ont-ils répondu à vos besoins ou à ceux de votre famille et de votre communauté? Pourquoi ou pourquoi pas?</p> <p>b. Quels sont les éléments, programmes ou services qui méritent d'être conservés? Qu'est-ce qui fonctionne bien?</p>
1.2	<p>Est-ce que vous, un membre de votre famille ou un membre de la communauté avez rencontré des obstacles ou des difficultés en essayant d'accéder aux services de SMSLCS?</p> <p><i>(Suggestions : obstacles administratifs comme des formulaires compliqués, assurance, besoin d'être orienté, longs délais d'attente, limitations des Services de santé non assurés, distance à parcourir pour accéder aux soins, etc.)</i></p> <p>a. Avez-vous des idées sur la manière de réduire ces obstacles?</p> <p><i>(Suggestions : services en ligne, services offerts par les établissements de soins primaires, etc.)</i></p>
1.3	<p>Selon votre expérience, les services actuels de SMSLCS sont-ils disponibles pour vous, votre famille et votre communauté?</p> <p>a. Sont-ils sécuritaires sur le plan culturel et exempts de racisme?</p> <p>b. Tiennent-ils compte des traumatismes?</p> <p>c. Favorisent-ils la guérison et le bien-être d'un point de vue autochtone?</p>
2. Avenir de la SMSLCS	
<i>Contexte : Nous venons de parler de l'état actuel des services et des systèmes de SMSLCS. Nous aimerions maintenant regarder vers l'avenir, afin de comprendre vos espoirs et vos objectifs pour l'avenir des systèmes de SMSLCS.</i>	
2.1	<p>Nous allons vous demander d'oublier les limites comme le financement, la localisation ou d'autres obstacles, et de rêver grand! Pouvez-vous décrire votre système de SMSLCS idéal?</p> <p>a. Qui fournit les services? À quoi ressemblent les services? Où se trouvent les services? Quels sont les objectifs des services?</p>

	<p>b. Que faut-il faire pour que cela devienne une réalité?</p> <p>c. Qu'est-ce qui doit rester tel quel?</p>
2.2	<p>Dans votre monde idéal, quel est l'objectif principal des systèmes de santé de SMSLCS? Que tentent-ils de réaliser?</p> <p><i>(Suggestion : individus en bonne santé, guérison communautaire, peuples autochtones qui renouent avec leur culture, etc.)</i></p>
3. Normes de service	
<p>Contexte : La collaboration vise actuellement à comprendre l'état actuel et souhaité des règles, normes ou caractéristiques convenues pour garantir la qualité et l'accessibilité des services et programmes de SMSLCS. Cette phase est conçue pour mettre en évidence les lacunes et les actions potentielles pour y remédier. Cela pourrait inclure l'élaboration future de normes de service propres aux Autochtones. Nous aimerions prendre le temps d'entendre votre point de vue sur cette possibilité.</p>	
3.1	<p>Voyez-vous un intérêt à élaborer des normes de service en SMSLCS, y compris des normes de service propres aux Autochtones? Pourquoi ou pourquoi pas?</p>
3.2	<p>En ce qui concerne les normes de service propres aux Autochtones, pouvez-vous citer ce que vous considérez comme les piliers importants ou les thèmes généraux qui doivent être inclus?</p> <p><i>(Suggestion : antiracisme et sécurité culturelle, approches holistiques propres aux PNI/M, services équitables et accessibles, etc.)</i></p>
3.3	<p>Outre l'établissement de normes de service, si tel est le souhait des personnes mobilisées dans le cadre de ce projet, nous savons que des normes doivent être mises en œuvre et que la qualité et l'accessibilité des services et des programmes de SMSLCS doivent continuellement être évalués.</p> <p>a. Comment le fait de savoir qu'un tiers a examiné et évalué les programmes et services de SMSLCS affecterait-il la confiance que vous lui accordez?</p> <p>b. Quels éléments (personnel, structure, connaissances, responsabilisation) un tiers devrait-il posséder ou inclure pour être en mesure d'évaluer réellement les programmes et services de SMSLCS propres aux Autochtones?</p>
3.3	<p>Au-delà de la réflexion sur l'utilité potentielle de normes de service propres aux Autochtones, quelles sont les actions ou stratégies potentielles qui peuvent permettre de centrer ou d'intégrer des savoirs et des pratiques autochtones dans les systèmes de SMSLCS?</p>
4. Clôture	
4.1	<p>Y a-t-il des questions que nous n'avons pas posées et auxquelles vous souhaitez répondre?</p>

ANNEXE B : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

1. Déclaration de consentement éclairé et autorisation d'utiliser l'information

En signant ci-dessous, je consens à participer à cette discussion concernant le projet *Mobilisation des Autochtones – Collectif national de normalisation en santé mentale et en santé liée à la consommation de substances* du Conseil canadien des normes (CCN).

Je comprends que ce projet est mené par le CCN, avec le soutien du Firelight Group (Firelight). L'objectif de cette mobilisation est le suivant :

- recueillir des renseignements sur les interventions ou les approches nécessaires pour améliorer la sécurité et l'expérience des peuples autochtones qui ont accès aux services de SMSLCS;
- mieux comprendre les expériences des peuples autochtones qui accèdent aux services en SMSLCS au Canada, y compris les points forts, les obstacles et les défis dans le contexte actuel des services;
- définir les sujets, les thèmes et les domaines en SMSLCS qui peuvent bénéficier d'une normalisation de la prestation de services et déterminer comment la normalisation peut améliorer les résultats des soins.

En signant ci-dessous, je confirme que je comprends que :

- a) La participation est entièrement volontaire. Je peux choisir de participer ou non.
- b) Si je choisis de participer, je suis libre de ne PAS répondre aux questions qui pourraient m'être posées et je suis libre de mettre fin à la séance de mobilisation à tout moment.
- c) Je consens à ce que mes paroles et mes réponses soient enregistrées sous forme de notes et à l'aide du matériel d'enregistrement audio ou vidéo.
- d) J'accorde au CCN le droit d'utiliser toute propriété intellectuelle que je choisis de partager en tant que participant, à des fins spécifiques à ce travail uniquement, et pas au-delà. Les responsables de projet me demanderont mon accord pour toute utilisation supplémentaire en dehors de ces objectifs.
- e) Je m'engage, avec le chercheur, à respecter les engagements associés aux séances de mobilisation tout au long de la mobilisation, comme il est mentionné à la page 2.

Pour plus de renseignements, veuillez communiquer avec l'équipe du projet par courriel à l'adresse : kass.woods@thefirelightgroup.com.

Signature du participant

Date

2. Engagements des chercheurs et des participants

Le Firelight Group s'efforce d'ancrer son travail dans les valeurs et les méthodes autochtones, notamment en s'engageant à établir des relations et à être responsable. Pour atteindre cet objectif, nous nous efforçons d'être ouverts, accueillants et authentiques, tout en créant un espace sécuritaire pour l'échange de renseignements, de connaissances et d'expériences. Lors des séances de mobilisation entre les chercheurs et les participants, nous nous attendons à ce que les deux parties se traitent mutuellement avec dignité, décence et respect.

Les chercheurs s'engageront à :

- a) s'assurer que les participants ont donné leur consentement avant de les mobiliser et accepter toute demande de retrait du consentement;
- b) répondre aux demandes des participants dans la mesure du possible, afin de garantir le respect de la vie privée, la confidentialité et le confort;
- c) ne pas précipiter les participants dans la mobilisation et leur donner suffisamment de temps pour faire part de leurs expériences à travers des récits;
- d) écouter activement et faire preuve de compassion et d'empathie à l'égard du participant;
- e) assurer la protection des renseignements confidentiels ou communiqués en privé;
- f) respecter le code de conduite de Firelight et les politiques et lignes directrices pertinentes.

Les chercheurs et les participants s'engageront à NE PAS :

- a) soumettre les autres à TOUTE forme d'intimidation, de violence, d'abus ou de discrimination liée à des catégories protégées, comme la race, la couleur, la citoyenneté, l'origine nationale, la religion, l'orientation sexuelle, l'âge, la taille physique, la culture, l'ethnicité, la langue, les capacités mentales ou physiques, le sexe, l'identité et l'expression de genre;
- b) proférer des menaces de violence, de harcèlement ou d'intimidation;
- c) établir un contact physique inapproprié ou accorder une attention sexuelle non désirée.

Il est entendu que le processus de recherche et les sujets abordés peuvent susciter de la colère, de la gêne ou des traumatismes. Il est important de faire place à ces émotions, avec compassion et empathie, mais seulement jusqu'au point où l'individu se sent à l'aise.

Si un participant ou un chercheur se sent harcelé, subit ou est témoin des comportements susmentionnés ou connexes, il peut choisir de mettre fin à la mobilisation à tout moment.

En signant ce document, le chercheur et le participant s'engagent à respecter ce qui précède.

Signature du participant

Signature du chercheur

Date : _____

scc  ccn | Hill & Knowlton

CONSULTATION NATIONALE SUR LA NORMALISATION EN MATIÈRE DE SERVICES DE SANTÉ MENTALE ET DE SANTÉ LIÉE À LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES

RAPPORT SUR CE QUE NOUS AVONS APPRIS

MARS 2024

Remerciements

L'équipe de consultation aimerait exprimer sa profonde gratitude aux centaines de personnes d'un océan à l'autre qui ont consacré leur temps, leur expertise et leur vision pour améliorer le système de soins en santé mentale et en santé liée à l'utilisation de substances au Canada.

Ce travail n'aurait pas été possible sans la collaboration des gens, l'ouverture à l'écoute ainsi qu'à l'échange et la tenue de discussions honnêtes sur le rôle que les normes pourraient jouer dans l'avancement des soins de santé mentale et en santé liée à l'utilisation de substances au Canada. Ces conversations n'étaient pas toujours faciles, car elles portaient souvent sur les aspects les plus difficiles des parcours de mieux-être des gens.

Nous remercions tous ceux qui ont participé à ce processus pour leur confiance, pour nous avoir accueillis dans leurs espaces et pour avoir consacré leur temps et nous avoir transmis leurs histoires.

Table des matières

Sommaire exécutif	135
Introduction	138
Contexte du projet	139
Méthode de consultation	140
But, objectifs et portée.....	140
Principes directeurs et pratiques.....	140
Publics diversifiés.....	141
Approche progressive	142
Ce que nous avons appris	146
État actuel des soins de santé mentale et de santé liée à la consommation de substances.....	146
État futur des soins en santé mentale et en santé liée à la consommation de substances	156
Comment passer de l'état actuel à l'état futur des soins.....	163
Conclusion	170

Sommaire exécutif

Les effets néfastes de la pandémie de COVID-19 sur la santé et le bien-être des personnes au Canada ont mis en évidence la nécessité de relever les défis de longue date en matière de prestation de services et de soutien dans le domaine de la santé mentale et santé liée à la consommation de substances (SMSCS) au Canada. Une étape importante de ce processus est l'élaboration de normes nationales pour formaliser ce que les gens peuvent attendre en termes de rapidité et de qualité des services de SMSCS dans l'ensemble du pays. En mars 2022, le gouvernement fédéral a annoncé qu'il collaborerait avec le Conseil canadien des normes (CCN) et d'autres organismes pour élaborer ces normes. Le CCN a ensuite entamé un processus de consultation afin de recueillir les points de vue des personnes qui ont directement accès aux soins, de celles et ceux qui sont au service des personnes qui ont accès aux soins et de celles et ceux qui effectuent des recherches et élaborent des programmes et des politiques en matière de soins, sur les défis et les possibilités liés à la normalisation des soins de SMSCS.

La première phase de consultations demandait aux personnes ayant accédé à des soins ou ayant aidé leurs proches à y accéder de partager leurs perspectives et expériences. La deuxième phase a permis à d'autres publics experts de réfléchir à ce qui a été appris lors de la phase 1 et de se concentrer sur le rôle de la normalisation dans la mise en œuvre des recommandations soulevées par les personnes ayant une expérience vécue et d'autres experts. Dans les deux phases, les participants ont examiné l'état actuel des soins de SMSCS au Canada, ont décrit à quoi ressemblerait un état futur idéal et ont proposé des moyens d'y parvenir.

Les services actuels de SMSCS sont considérés comme difficiles à comprendre et à naviguer. Il y a un manque d'informations précises et accessibles en temps opportuns sur les programmes, les soins qu'ils fournissent et les étapes à suivre pour y accéder. Les défis de navigation du système sont exacerbés en temps de crise, avec un manque important de services d'intervention d'urgence et des temps d'attente prolongés pour les services existants. Des exigences strictes d'admissibilité pour certains services, tels que devoir s'abstenir d'utiliser des substances pendant une période déterminée, constituent un obstacle majeur à l'accès. De nombreux services n'ont pas suffisamment de ressources pour fournir des niveaux de soins adéquats, le personnel faisant face à un stress supplémentaire et à l'épuisement professionnel, parfois au point de quitter leur profession. Il peut être particulièrement difficile d'accéder aux services dans les communautés éloignées, rurales et nordiques. Une tendance vers une privatisation accrue des services crée un système à deux vitesses, où ceux qui ont des ressources peuvent accéder aux soins tandis que ceux qui n'en ont pas font face à plus de difficultés.

Les participants reconnaissent que les soins de SMSCS sont complexes, mais expriment une frustration généralisée que les différentes composantes du système ne fonctionnent pas ensemble. Il y a peu d'intégration entre les services, une incohérence dans la façon dont les dossiers sont conservés et partagés, ainsi qu'un manque de coordination et de communication, y compris avec d'autres systèmes de soins et services sociaux ayant des impacts directs sur le bien-être des usagers. Il existe également des incohérences entre les programmes de SMSCS à travers le Canada, avec des critères d'admissibilité variables, des différences de durée et de types de programmes, et des philosophies différentes en ce qui concerne l'implication des familles, des amis ou d'autres proches dans le parcours de bien-être des personnes.

Les services de SMSCS sont souvent conçus pour répondre aux besoins les plus pointus en matière de soins, mais les limites de la capacité des services signifient qu'une partie importante de ces soins est prise en charge par des systèmes médicaux déjà confrontés à leurs propres pressions et contraintes de

ressources. Certaines personnes ayant une expérience vécue craignent les conséquences possibles de l'interaction avec le système de santé, où les problèmes de santé mentale et de santé liés à l'utilisation de substances sont parfois complètement ignorés ou mal diagnostiqués et mal traités comme un problème physique qui n'existe pas. Il y a également une stigmatisation continue des soins de santé mentale et de santé liés à l'utilisation de substances dans les institutions et une stigmatisation sociale qui peut empêcher la mise en place de services dans certaines communautés.

Malgré le sentiment général d'un système de soins de SMSCS dysfonctionnel et fragmenté, les participants ont mis en évidence plusieurs exemples d'anecdotes positives de prestataires de services accomplissant un travail incroyable avec des ressources limitées. Cependant, ils ont souligné que le système ne peut pas reposer sur l'ingéniosité et la bonne volonté de ces prestataires et devrait plutôt s'appuyer sur les solutions déjà identifiées et préconisées.

Un futur système de SMSCS devrait comprendre que les besoins de SMSCS sont tout aussi importants à traiter que les besoins en santé physique. Il devrait aider les gens à explorer les traumatismes sous-jacents et autres expériences qui, pour beaucoup, sont la cause profonde de leurs besoins en SMSCS. Il devrait se centrer sur la validation des identités et des expériences des personnes, en fournissant des services flexibles pour soutenir les personnes à travers un éventail de besoins à l'aide d'une variété d'options de soins, y compris des soins individuels, des programmes communautaires, des services sans rendez-vous et des programmes résidentiels, ainsi que des soins agnostiques ou basés sur la spiritualité. Les services devraient être étendus aux communautés traditionnellement marginalisées et mal desservies, y compris par le biais de solutions numériques.

Un futur système devrait assurer la continuité des soins tout au long des différentes étapes du parcours de bien-être d'une personne. Il devrait y avoir un service d'accompagnement pour aider les gens à naviguer, trouver et à accéder aux services et aux soutiens appropriés, tant pour les situations de réponse immédiate aux crises que sur le plus long terme. Les personnes devraient être soutenues et bénéficier de soins continus après la fin de leur prise en charge dans le cadre d'un programme ou d'un service, et les informations sur le parcours d'une personne devraient être mieux enregistrées, stockées et partagées, y compris avec cette personne, parmi les services auxquels elle accède et, si la personne y consent, avec sa famille ou ses proches.

Tous ces services, y compris ceux offerts en privé, devraient être disponibles à un coût réduit ou nul pour tous les Canadiens grâce à un système de santé public qui finance adéquatement des soins de haute qualité et soutient le personnel. Les gens devraient également être aidés à accéder à d'autres besoins essentiels en matière de bien-être, notamment des besoins à court terme tels qu'un téléphone ou un ordinateur avec accès à Internet et des besoins à plus long terme tels que le logement, l'emploi ou les services sociaux.

Les participants estiment que les normes en matière de SMSCS faciliteraient l'accès aux services de manière similaire et positive dans tout le pays, garantissant un niveau de soins élevé et conduisant à de meilleurs résultats en matière de bien-être. Ces normes devraient être élaborées et évaluées en collaboration avec les personnes ayant une expérience vécue, qui devraient également être impliquées dans la conception et la mise en œuvre des programmes et des services. Les personnes cherchant des soins devraient pouvoir fournir des commentaires sur leurs expériences avec les services par rapport aux normes établies dans le système, y compris par l'intermédiaire d'un ombudsman des soins qui pourrait recevoir des plaintes, mènerait des enquêtes et tiendrait les gouvernements et les services responsables des normes.

Cependant, aussi important que tout cela soit, les participants ont souligné que des personnes meurent chaque jour en raison des défis du système actuel de SMSCS, ainsi que des crises simultanées telles que la crise des drogues toxiques et la crise du logement et de l'accès à l'immobilier. Ils ont appelé à une action urgente pour mettre en œuvre des programmes et des politiques visant à prévenir les décès et les dommages supplémentaires dès maintenant, afin que les gens puissent rester en vie pour bénéficier d'un système amélioré de SMSCS dans le futur.

Introduction

Le Conseil canadien des normes (CCN), en partenariat avec le Collectif national de normalisation en santé mentale et de santé liée à la consommation de substances (le « Collectif »), se lance dans l'élaboration d'une feuille de route de normalisation qui permettra de déterminer les possibilités de continuer à améliorer la prestation des services de santé mentale et de santé liée à la consommation de substances (« SMSCS ») partout au pays.

Depuis 2022, Hill and Knowlton (H&K) a collaboré avec le CCN en entreprenant un processus de consultation nationale pour découvrir les points de vue de divers groupes sur les besoins, les perspectives et les normes en matière de SMSCS qui devraient aider à mettre sur pied la feuille de route de normalisation.

Le présent rapport résume le processus de consultation et les leçons qui en ont découlé.

Contexte du projet

À la suite de la pandémie de COVID-19, le gouvernement du Canada a annoncé en mars 2022 qu'il travaillerait avec le CCN, les parties intéressées et les partenaires à l'élaboration de normes nationales pour les soins de SMSCS. Ces normes visent à fournir un cadre de prestation de services fondé sur des données probantes, tenant compte ces données probantes et de l'expérience, sur lequel les Canadiens peuvent compter lorsqu'ils ont accès à des soins ou qu'ils aident leurs proches à le faire.

Parallèlement à cette annonce, le CCN a lancé le Collectif, un forum qui facilite la contribution d'un groupe diversifié de parties intéressées à la normalisation en SMSCS. Le Collectif est chargé d'élaborer la feuille de route de normalisation, un document qui déterminera les possibilités futures de continuer à améliorer la prestation des services et les résultats de traitement en SMSCS partout au Canada.

Parallèlement, H&K s'est associée au CCN pour entreprendre un processus de consultation afin de recueillir d'autres points de vue sur les défis et les possibilités entourant la normalisation en SMSCS au Canada. Ce processus de consultation était d'envergure nationale et visait à comprendre les soins de SMSCS au niveau des services, des programmes, des politiques et des systèmes, en fonction des divers points de vue et expériences des personnes qui interagissent avec eux. À la base et dans un premier temps, le processus a mobilisé les personnes directement touchées par les services de SMSCS et a permis d'en tirer des leçons pour explorer les programmes et les politiques de SMSCS avec d'autres experts.

Méthode de consultation

But, objectifs et portée

Le processus de consultation visait à mobiliser les intervenants et les Canadiens au sujet de leurs forces, de leurs besoins et des priorités futures du Collectif. L'équipe de consultation a cherché à mieux comprendre l'état actuel et les attentes futures en matière de soins en SMSCS et, de façon générale, à mieux faire connaître le Collectif et le travail effectué sur la normalisation en SMSCS.

En entreprenant le processus, l'équipe de consultation a reconnu que la SMSCS couvre de nombreux domaines des soins et des parcours de vie des gens. Étant donné que le temps et les ressources ne permettraient pas à l'équipe d'apprendre de tout le monde sur tous les aspects des soins en SMSCS, le processus a été façonné par la portée suivante établie par le CCN :

- La détection précoce, y compris dans les lieux de travail et les écoles et dans le cadre des soins de santé familiale et des services sociaux;
- Des soins centrés sur la personne, y compris l'admission, les soins complexes, les soins de qualité et culturellement pertinents, et les points de soins équitables et accessibles.

Principes directeurs et pratiques

Au départ, H&K a cherché à établir une base solide pour des conversations inclusives et positives qui accueilleraient divers points de vue et expériences des soins en SMSCS. L'équipe de consultation a reconnu que les gens arriveraient au processus de consultation avec différents points de départ liés aux soins en SMSCS, dont certains peuvent être difficiles et même traumatisants compte tenu de leurs réalités de vie.

Le processus de consultation a respecté les principes suivants, qui découlent tous du principe de l'absence de préjudice supplémentaire :

- Axé sur les participants : Valoriser la sagesse vécue et vivante et l'expertise en la matière inhérente à chaque participant et partenaire à tous les niveaux du processus;
- Prise en compte des traumatismes : Veiller à ce que la communication ne cause pas de tort supplémentaire et favorise les occasions de mobilisation de façon sécuritaire et soutenue pour les participants et les partenaires;
- Accessibilité : Offrir aux participants et aux partenaires des options de mobilisation et suffisamment d'information à l'avance, dans un langage clair et dans des formats faciles à comprendre;
- Flexibilité : La communication est adaptée en fonction des besoins et des forces, et nous sommes ouverts et réceptifs à ce qui peut nous obliger à nous adapter;
- Responsabilité : Être clair quant à nos attentes mutuelles dans ce processus.

Un autre élément important de la mobilisation inclusive et positive a été de centrer et de mettre en œuvre la diversité, l'équité et l'inclusion (DEI), en particulier en reconnaissant la diversité des publics auprès desquels l'équipe a cherché à apprendre.

Tout au long du processus, l'équipe s'est engagée à :

- Centrer les savoirs et les visions des peuples autochtones pour ancrer le processus dans la culture et la résilience, lorsque cela est pertinent et avantageux, et traiter les répercussions continues de l'héritage colonial;
- Intégrer les approches de diversité, d'équité et d'inclusion, de lutte contre le racisme et de décolonisation dans les activités de planification et de mise en œuvre et reconnaître que, sans elles, la dynamique de pouvoir existante pourrait être renforcée;
- Apprendre des participants et des partenaires pour comprendre en quoi les obstacles à la participation diffèrent selon le groupe méritant l'équité;
- Élaborer des stratégies de sensibilisation et de mobilisation adaptées pour les groupes méritant l'équité qui mettent intentionnellement l'accent sur les obstacles auxquels ils font face et les forces uniques qu'ils possèdent;
- Offrir plus d'une façon de participer ou de s'associer, lorsque c'est pertinent et possible;
- Adopter une approche souple et réactive en conservant une ouverture quant à la rétroaction et en s'adaptant pour combler les lacunes et saisir les occasions qui se présentent.

L'équipe a envisagé les principes susmentionnés non seulement comme des principes directeurs dont il faut tenir compte, mais comme un éthos pratique qui a éclairé la façon dont la consultation a été planifiée et mise en œuvre.

Publics diversifiés

H&K a entrepris d'apprendre de tous les experts des soins en SMSCS, ce qui comprend les personnes qui ont directement accès aux soins, les personnes qui servent les personnes qui ont accès aux soins, les personnes qui font de la recherche et élaborent des programmes et des politiques sur les soins, et les intersections de ces rôles qui se chevauchent. L'équipe de consultation a reconnu que les gens « portent plusieurs chapeaux » dans l'espace de SMSCS et est demeurée consciente et curieuse des recouvrements entre les rôles et les expériences des gens lorsqu'ils sont arrivés à la mobilisation.

Dans l'ensemble, H&K a mobilisé les publics suivants tout au long du processus de consultation :

- Personnes ayant une expérience vécue ou présente;
- Fournisseur de services;
- Organisations de la société civile;
- Chercheurs et universitaires;
- Concepteurs de politiques et de programmes;
- Organisations pancanadiennes de santé.

Au milieu de ces publics, l'équipe de consultation a accordé la priorité à l'apprentissage auprès de personnes et de collectivités qui ont été marginalisées par le passé dans les conversations sur les soins en SMSCS, ce qui pourrait inclure des groupes méritant l'équité, comme les personnes racisées, les personnes en situation de handicap, les personnes sans logement et les identités intersectionnelles que tous ces groupes incarnent. Il était également important pour l'équipe de demeurer curieuse et de tirer parti des forces que ces groupes apportent à la consultation; des forces qui existent et persistent malgré les préjugés, les obstacles et les iniquités auxquels ils font face lorsqu'ils accèdent aux soins en SMSCS.

Bien que ce processus de consultation visait à faire participer des groupes méritant l'équité, une autre équipe de consultation a entrepris un processus distinct pour apprendre exclusivement des peuples et des collectivités autochtones.

Approche progressive

Compte tenu de la diversité des groupes invités à participer au processus de consultation, H&K a adopté une approche progressive de la consultation qui a accueilli divers points de vue et expériences des soins en SMSCS au Canada. À sa base, cette approche visait à apprendre des personnes ayant une expérience vécue ou présente de leurs points de vue et de leurs expériences des services en SMSCS et à utiliser les apprentissages recueillis comme point de départ pour les conversations subséquentes avec d'autres experts sur les soins en SMSCS.

Phase 0 : En apprendre davantage sur le paysage de SMSCS – de novembre 2022 à septembre 2023

Pour se préparer à l'apprentissage de personnes ayant une expérience vécue ou présente, H&K a effectué des recherches secondaires afin de mieux comprendre les tendances prévalentes en SMSCS et les répercussions distinctes et disproportionnées que ces questions ont sur différents groupes méritant l'équité.

L'équipe de consultation a effectué une recherche documentaire afin d'établir un point de départ factuel pour les groupes clés dont les points de vue et les expériences étaient importants pour comprendre le paysage entourant les soins en SMSCS. Cet effort était axé sur ce qui suit :

- Recherche démographique pour toutes les provinces et tous les territoires et leurs plus grandes villes;
- Recherche sur la prévalence de la SMSCS et du suicide dans toutes les provinces et tous les territoires;
- Recherche sur les considérations relatives au système de santé, comme les longs temps d'attente ou les obstacles à l'accès aux soins.

Pour compléter le processus de recherche, l'équipe a participé à des activités d'apprentissage et de renforcement des capacités afin de les outiller pour organiser des conversations inclusives et positives sur les soins en SMSCS. L'équipe a entrepris un apprentissage structuré et autodirigé sur la consultation éclairé par le traumatisme et le langage axé sur la personne et a été appuyée tout au long de ces activités et du processus de consultation plus vaste par l'Association communautaire d'entraide des pairs contre les dépendances.

L'équipe s'est efforcée de demeurer transparente dans la mise en œuvre du renforcement des capacités comme moyen d'établir une base solide pour mobiliser des personnes ayant une expérience vécue ou présente. Les membres de l'équipe étaient conscients de l'importance d'amener le CCN, le Collectif et son comité directeur dans leur cheminement de recherche et d'apprentissage. L'équipe a fait plusieurs présentations au comité directeur pour faire le point sur ses progrès et, à l'été 2023, elle a donné une série de séances d'information à l'intention des membres du Collectif pour connaître le processus et les possibilités futures d'y participer.

L'équipe a également fait preuve de transparence en étant ouverte à la discussion du parcours d'apprentissage entrepris par les membres sur les soins en SMSCS. Grâce à cette ouverture, un participant à l'une des séances de consultation a encouragé l'équipe à communiquer franchement ses apprentissages en tant que praticiens de la consultation publique.

Les apprentissages les plus pertinents et importants sont les suivants :

- Engagez-vous d'abord et avant tout avec les gens, en tant qu'êtres humains, avec le même soin, la même considération et la même empathie que vous auriez avec n'importe qui d'autre. Au milieu de cet accent sur l'humanité partagée, il faut être conscient du pouvoir que les praticiens de la consultation ont en organisant des espaces sur des sujets difficiles, surtout si ces praticiens n'ont pas d'expérience vécue ou présente.
- Préparez soigneusement votre participation, mais prenez aussi l'initiative des personnes qui participent aux conversations. Pour commencer là où ils en sont, il faut s'en remettre à leur organisation et à leur expertise et reconnaître, avec une profonde humilité, qu'il y a quelque chose à apprendre dans chaque interaction.
- Faire des erreurs ou mal faire les choses fait partie du processus d'apprentissage, dans la mesure où cela ne cause pas de tort supplémentaire aux gens. Demeurez ouvert aux commentaires sur la façon dont la consultation est entreprise et cherchez tout autant à en apprendre davantage sur les perspectives et les expériences sur le sujet à l'étude.
- Ouvrir des espaces pour permettre aux gens de discuter des systèmes précis qui leur ont causé du tort signifie qu'un soutien doit être offert et adapté aux forces et aux besoins individuels. Offrez une variété de soutiens, y compris une rémunération, des soutiens linguistiques, des services-conseils et plus encore, et demandez ce qui fonctionne le mieux pour les gens à un moment donné.
- Comprenez la responsabilité qu'ont les praticiens de la consultation publique de valider ce qui a été appris dans les conversations et transmettez ces idées aux décideurs ou aux personnes qui ont le pouvoir de créer le changement.

Phase 1 : En apprendre davantage sur les services en SMSCS – octobre 2023 à janvier 2024

Après la phase de recherche et d'apprentissage, H&K a entrepris la planification et la mise en œuvre de deux phases de consultation.

La première phase était fondée sur la compréhension voulant que l'équipe de consultation ancre les conversations sur les soins en SMSCS, sur les points de vue et les expériences des personnes qui ont eu accès à des soins ou qui ont aidé leurs êtres chers à le faire. À ce titre, la première phase a mobilisé exclusivement des personnes ayant une expérience vécue ou présente de leurs points de vue et de leur expérience des services en SMSCS. Cette phase visait à connaître les points de vue et les expériences des services en SMSCS dans trois domaines :

- État actuel des services, y compris les services tels qu'ils existent actuellement et ce que c'est que d'y avoir accès ou d'aider des êtres chers à y accéder;
- État futur des services, y compris imaginer les services idéaux de l'avenir et ce à quoi ils pourraient ressembler;
- Comment y parvenir, y compris les étapes ou les mesures requises pour passer de l'état actuel à l'état futur.

Au début de la première phase, l'équipe de consultation a veillé à tirer parti du travail de longue date déjà effectué dans l'espace de SMSCS et à être la moins perturbatrice possible dans ce processus en déterminant les endroits où les gens avaient déjà ces conversations. L'équipe a choisi d'inviter les organisations qui sont dirigées par des personnes ayant une expérience vécue ou présente ou qui sont au service de ces personnes à s'associer au processus en fonction de leur intérêt, de leur disponibilité et de leur capacité.

L'équipe a offert une invitation à établir des partenariats avec des organisations à l'intérieur et à l'extérieur du Collectif. Elle a également effectué des recherches et animé des conversations avec des partenaires existants afin de combler des lacunes dans les organisations et les personnes qu'ils servent et qui peuvent fonctionner en dehors du Collectif. Une grande variété de personnes et d'organisations ont été invitées à s'associer, y compris des organisations communautaires (comme les centres de réduction des méfaits) et des établissements de soins privés (comme les services de soins résidentiels). L'équipe a travaillé en collaboration avec des personnes et des organisations partenaires pour déterminer qui inviter aux séances de consultation et la meilleure façon de veiller à ce que les gens soient appuyés dans leur participation au sujet.

L'équipe a eu la chance de travailler en partenariat avec de nombreuses personnes et organisations qui l'ont aidée à apprendre de diverses personnes ayant une expérience vécue ou présente partout au pays. Au total, l'équipe :

- A appris auprès de plus de 150 personnes;
- A convoqué 18 groupes de discussion et tenu 18 discussions individuelles;
- A animé des séances virtuelles et en personne en fonction des préférences de chaque groupe;
- A coanimé des séances avec des partenaires à l'échelle nationale et en Ontario, au Québec, en Nouvelle-Écosse, au Nouveau-Brunswick, à l'Île-du-Prince-Édouard, en Alberta, en Colombie-Britannique et au Yukon;
- A vu des représentants des groupes méritant l'équité suivants :
 - Jeunes;
 - Femmes;
 - Nouveaux arrivants;
 - Proches aidants;
 - Personnes racisées;
 - Adultes âgés;
 - Personnes en situation de handicap;
 - Personnes à faible revenu;
 - Personnes sans logement;
 - Personnes qui ont vécu des expériences de criminalisation;
 - Personnes 2ELGBTQI+¹.

Il est important de reconnaître que ce n'est pas tout le monde qui a eu la chance de venir à la table pour cette phase de consultation. L'une des réalités soulignées par les participants est que les services actuels en SMSCS ne sont conçus que pour soutenir les personnes qui se trouvent à l'extrémité la plus aiguë du spectre du mieux-être. Par conséquent, les personnes et les organisations partenaires de cette phase ont en grande partie servi des personnes qui vivent ou qui ont vécu des expériences aiguës des services en SMSCS, même si l'équipe était consciente que les forces, les besoins et les soins sont ressentis de bien des façons différentes tout au long du spectre qui ne sont pas toujours aigus.

Il est également important de noter qu'on a demandé à l'équipe à plusieurs reprises comment elle traiterait les points de vue et les histoires recueillis, surtout compte tenu du fait que les gens ont souvent été trop consultés avec peu d'appréciation ou de responsabilité dans ce qui se passe après le

¹ Les personnes bispirituelles, lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres, queers et/ou en questionnement, intersexuelles, asexuelles et d'autres façons positives dont les gens choisissent de s'auto-identifier.

processus de consultation. Dans cette veine, l'honnêteté quant à la façon dont l'information serait recueillie, compilée et utilisée était importante pour les participants et essentielle pour établir un sentiment de confiance avec l'équipe. L'équipe s'est engagée à veiller à ce que les points de vue et les expériences des participants soient reflétés avec exactitude par la rédaction, l'échange de résumés de discussion après chaque séance de consultation et, à la fin du processus, la communication des principaux apprentissages et thèmes du présent rapport.

L'équipe est reconnaissante d'avoir appris de nombreuses personnes qui ont généreusement fait part de leurs points de vue et de leurs expériences sur l'état actuel des services en SMSCS, de ce qu'elles rêvent pour l'avenir de ces services et de ce qui est nécessaire pour faire progresser les soins. Ces apprentissages ont servi de base à l'équipe qui est entrée dans la deuxième et dernière phase de la consultation.

Phase 2 : En apprendre davantage sur les programmes et les politiques en matière de SMSCS – février 2024

Partant des idées recueillies au cours de la première phase de consultation, la deuxième phase a utilisé ce qui a été appris des personnes vivant une expérience ou en ayant vécu une expérience avec les services en SMSCS pour faire avancer les discussions sur les programmes et les politiques en matière de SMSCS.

Pour cette phase, H&K a organisé une réunion nationale à l'intention d'autres groupes d'experts, y compris des décideurs, des fournisseurs de services, des organisations non gouvernementales, des organisations de santé pancanadiennes et des personnes ayant une expérience vécue ou présente à ces titres. Ces publics ont été invités à réfléchir à ce qui a été appris au cours de la première phase sur les services en SMSCS et à utiliser ces connaissances pour faire le point sur l'état actuel des programmes et des politiques de SMSCS, à imaginer l'état futur des programmes et des politiques et à discuter de la façon de passer de l'état actuel à l'état futur. Les conversations ont également porté sur le rôle de la normalisation dans la mise en œuvre des recommandations formulées par des personnes ayant une expérience vécue ou présente et d'autres experts.

L'équipe de consultation a organisé le Sommet national sur la santé mentale et santé liée à la consommation de substances le 21 février 2024. Les partenaires individuels et organisationnels de la première phase de la consultation, ainsi que d'autres experts du Collectif élargi, ont été invités à participer à l'événement d'une journée entière, de type conférence, qui a eu lieu virtuellement sur Zoom. Plus de 75 experts ont participé au sommet, et plus de 10 d'entre eux ont répondu à un sondage qui demandait d'autres réflexions. Tous les experts ont été soutenus dans leur participation par l'utilisation de salles de réunion, de services de counseling, d'interprétation linguistique et d'honoraires.

Ce que nous avons appris

L'équipe de consultation voulait ouvrir cette section du rapport avec d'importantes observations qui sont ressorties de la collecte des leçons tirées du processus de consultation. Il y a d'abord les effets dévastateurs qu'ont subis les personnes qui ont eu accès au système de SMSCS et celles qui cherchent à y accéder.

D'un bout à l'autre du pays, les participants ont insisté sur le besoin urgent de changement dans l'espace de SMSCS. Chaque jour, des vies sont perdues inutilement; les participants ont dit que c'était devenu trop courant. Il y a des crises qui s'aggravent, allant d'une crise de santé mentale et de solitude à une crise d'approvisionnement en drogues toxiques, en passant par une crise du logement et de l'abordabilité. Prises ensemble, ces crises ont des répercussions importantes sur la santé et le mieux-être des gens. Dans cette optique, les gens ont demandé des mesures immédiates pour remédier à ces crises et à leurs effets dévastateurs.

On a également souligné que la pandémie de COVID-19 a eu des répercussions négatives importantes sur la santé mentale et la santé liée à la consommation de substances au Canada, ce qui a exacerbé la demande de services en SMSCS partout dans le monde. Les participants ont toutefois signalé que les investissements dans les soins en SMSCS n'ont pas suivi cette hausse de la demande. Pour illustrer ce point, un participant a fourni l'anecdote suivante :

« Deux boules de neige descendent une colline. L'une d'elles est un peu plus grosse et un peu plus loin sur la colline. Il s'agit de la crise des soins en SMSCS. L'autre, la plus petite, ce sont les services en SMSCS qui existent pour répondre à ces besoins en matière de soins. Bien que le nombre de services ait augmenté au fil des ans, la première boule de neige – représentant la crise en SMSCS – est encore plus importante et descend la colline en premier. La plus petite ne peut pas rattraper la plus grosse à moins qu'une force extérieure ne lui soit imposée. »

Les participants à la deuxième phase de la consultation ont dit avoir ces conversations depuis des décennies. Il y a un sentiment de frustration parce que, bien que les organisations communautaires, les fournisseurs de services et les personnes ayant une expérience vécue ou présente connaissent les solutions, il n'y a toujours pas eu de changement. De leur point de vue, c'est une question de volonté de la part du système de SMSCS de permettre suffisamment de souplesse et de capacité pour permettre des changements importants.

État actuel des soins de santé mentale et de santé liée à la consommation de substances

Les conversations organisées dans le cadre de ce processus de consultation ont commencé par une demande aux personnes ayant une expérience vécue ou présente de parler de leurs points de vue et de leur expérience de l'accès aux services en SMSCS, y compris ce qui a bien fonctionné, ce qui n'a pas bien fonctionné et tout ce qui se trouve entre les deux. Les participants ont discuté des services en SMSCS tels qu'ils sont aujourd'hui, et ont échangé sur leurs points de vue et leurs expériences avec les services et les programmes avec lesquels ils ont interagi ou avec lesquels ils ont aidé leurs êtres chers à interagir.

Navigation dans les services

Les participants à la première phase de la consultation ont déclaré que les services en SMSCS sont difficiles à comprendre et à naviguer. L'un des défis les plus importants consiste à essayer de trouver des renseignements exacts et opportuns sur les programmes existants, les soins qu'ils fournissent et les étapes nécessaires pour y accéder. La navigation dans les services, surtout pour une personne en détresse ou en crise, est souvent une tâche insurmontable, plusieurs participants ajoutant que ce défi est susceptible d'arrêter un nombre important de personnes qui pourraient bénéficier des services.

Il y a un manque important d'information centralisée et à jour sur les services qui existent partout au pays, y compris des informations liées à des régions précises, et à différentes étapes de la vie. Cette lacune oblige les gens à devenir des navigateurs, ce qui les oblige à faire le travail de base et à communiquer avec les services pour eux-mêmes lorsqu'ils ne sont pas dans un endroit sécuritaire et confortable. Plusieurs participants ont ajouté qu'ils ressentaient le besoin de devenir leurs propres défenseurs, de s'opposer à de mauvais conseils ou de se protéger contre des expériences nuisibles. On a souligné que les personnes qui demandent des services n'espèrent pas devenir des défenseurs d'elles-mêmes ou d'un changement systémique, mais que le dysfonctionnement des services les mobilise par nécessité.

Les participants ont mentionné que, même lorsqu'une personne est en mesure de commencer à naviguer dans les services, elle se trouve à la « mauvaise porte », ce qui signifie que le service peut ne pas répondre à sa situation ou qu'il y a certains critères qui la rendent inadmissible à l'accès. Dans d'autres cas, les participants étaient perçus comme « pas assez malades » pour avoir accès aux services, ce qui créait des obstacles supplémentaires pour les personnes qui venaient tout juste d'accéder aux services, souvent sans directives sur la voie à suivre.

« Parce que je pouvais être une version présentable de malade mental, ils m'ont pris au sérieux. »

Outre les défis de la navigation, les participants ont constaté qu'ils n'avaient pas grand-chose à dire sur les décisions prises au sujet de leurs soins, surtout dans le cas de la volonté de s'opposer aux professionnels de la santé dans le système médical. Ce manque de participation et de collaboration dans leurs propres parcours de mieux-être était un défi et un obstacle importants pour de nombreux participants. Il illustre également un déséquilibre de pouvoir important entre les professionnels et les personnes qui accèdent aux soins, créant un mur entre ceux qui fournissent des services et ceux qui en recherchent. Dans les cas où ce déséquilibre cause des préjudices, les personnes peuvent se sentir encore plus incapables de s'y retrouver dans les systèmes de responsabilisation de ces professionnels.

Les défis de la navigation sont exacerbés en temps de crise. Il y a un manque important de services d'intervention en cas de crise, et les programmes qui existent ont souvent de longs temps d'attente et sont incapables d'intervenir immédiatement. Dans presque toutes les conversations, les participants ont dit que quelqu'un qui demande des soins – en particulier quelqu'un qui demande de la désintoxication, de l'aide pour des problèmes de consommation de substances ou quelqu'un qui pense au suicide – a une petite fenêtre dans laquelle il est disposé à recevoir de l'aide et capable de le faire. Si les services ne

sont pas en mesure de répondre dans ce délai, il y a un risque que la personne ne soit plus dans un endroit où elle est prête à recevoir des soins.

« En matière de santé mentale et de santé liée à l'utilisation de substances, nous sommes confrontés à de nombreux obstacles. »

« Ce travail a un impact énorme et pourrait changer les choses à long terme. Aider les gens à s'y retrouver dans le système n'a pas autant de répercussions. »

Au cours de plusieurs conversations, les participants ont discuté des critères d'admissibilité comme étant un obstacle important à l'accès aux services. Dans de nombreux cas, les participants ont déclaré que certains services n'admettraient pas les gens à moins qu'ils ne s'abstiennent de consommer des substances pendant un certain temps avant l'admission. Dans d'autres cas, certains services axés sur la santé liée à la consommation de substances ne seraient pas coordonnés avec les fournisseurs de services de santé mentale pour offrir aux participants un espace pour parler du lien entre leurs défis, leurs besoins et leurs forces. Même si la santé mentale et la santé liée à la consommation de substances sont étroitement liées, les participants ont souligné que le fait d'avoir des services conjoints peut présenter un risque accru, surtout dans les cas où des personnes qui ont travaillé pour s'abstenir de consommer des substances sont placées dans un environnement où il y a une possibilité que ces substances soient disponibles. Les participants ont déclaré qu'il faut des services de santé mentale et de santé liée à l'utilisation de substances spécialisés, tout en créant un espace pour que les gens aient accès aux deux, ou à une combinaison quelconque, qui les rapprocheront de leurs objectifs de mieux-être.

Au cours de la deuxième phase de consultation, les fournisseurs de services, les décideurs et les leaders éclairés ont ajouté qu'il y avait une tendance à la privatisation accrue des services qui crée un système d'accès à deux vitesses. Il est possible d'avoir accès à des services rapides, adaptés et souples en tout temps, à condition de pouvoir les payer vous-même. Ce classement crée une inégalité inhérente, où ceux qui ont les ressources pour le faire sont en mesure d'accéder aux soins, tandis que ceux qui n'ont pas les ressources continuent de faire face à des défis et à des obstacles qui limitent l'accès.

Communication et collaboration

Au cours de la première et de la deuxième phase de la consultation, on a reconnu que les soins en SMSCS constituent un enjeu complexe où les gouvernements, les organisations, les entreprises et d'autres intervenants jouent leurs propres rôles. Dans certaines régions, il y a des soins en SMSCS structurés, alors que dans d'autres régions, les soins relèvent du système de santé en général. Ces écarts augmentent le niveau de complexité et le nombre d'intervenants qui participent à la prestation des soins.

Bien que les participants comprennent que le système est compliqué et qu'il n'est pas facile de le gérer, ils étaient très frustrés par les divers nœuds du système – y compris les fournisseurs de soins de santé, les fournisseurs de soins en SMSCS, les organisations de santé communautaire et les autres systèmes de services sociaux – qui ne travaillent pas ensemble. Ce manque de coordination exacerbe les défis auxquels font face les personnes qui demandent des soins, car le fait d'être relié à un service ne signifie pas nécessairement qu'il mènera à un lien avec d'autres services.

« Nous n'avons pas besoin de réinventer la roue, mais nous devons la simplifier parce que la roue est très compliquée. »

Dans le même ordre d'idées, il y a peu d'intégration entre les services. Lorsqu'une personne a accès à un service, ou même lorsqu'une recommandation a été faite, il n'est pas possible de communiquer cette information à d'autres services. Les personnes sont obligées de répéter le même processus d'admission, qui peut souvent comprendre des expériences traumatisantes répétées, même si ces renseignements ont déjà été recueillis. Plusieurs participants ont fait remarquer que ce manque d'intégration peut avoir des répercussions négatives sur la capacité des gens de suivre et de participer à des programmes, car cela suscite la peur de ce qui se passera lorsque les programmes prendront fin.

Les participants ont discuté du manque d'uniformité dans la façon dont les dossiers sont tenus et transmis, chaque service créant son propre dossier avec de l'information sur l'admission et les soins, mais ne mettant pas cette information à la disposition d'autres fournisseurs de services, du système de santé ou des personnes elles-mêmes. Bien que les restrictions imposées à la diffusion de l'information empêchent une navigation harmonieuse, les participants étaient également au courant des risques individuels et organisationnels liés à la communication de renseignements de nature délicate sur la santé. Par ailleurs, les participants craignaient que l'information recueillie par les fournisseurs de services ne reflète des points de vue stigmatisants qui mènent à des décisions préjudiciables prises par les professionnels de la santé.

Les participants ont aussi discuté de la façon dont le manque de coordination et de communication entre les nœuds s'étend au-delà de la SMSCS et du système médical et comprend d'autres systèmes de soins et de services sociaux qui ont des répercussions directes sur le mieux-être. Ces systèmes comprennent le logement, la protection de l'enfance, les services à la jeunesse et les services correctionnels, qui sont tous des points de contact qui peuvent être mis à profit pour relier les personnes qui ont accès à d'autres services aux services en SMSCS de façon intégrée.

Réactivité des programmes

Les participants à la première phase de la consultation ont discuté de la réactivité des services, du fait qu'ils ne sont souvent pas en mesure de fournir des niveaux de soins adéquats malgré de bonnes intentions et de la façon dont ces défis sont directement liés à la capacité des organisations de service.

De nombreux services n'ont pas suffisamment de ressources pour répondre aux besoins en SMSCS dans leurs collectivités et, à mesure que ces besoins continuent de croître, les ressources dont ils disposent sont de plus en plus rares. Les participants ont longuement parlé du fait que, dans la plupart des cas, les défis auxquels ils font face sont des défis systématiques qui persistent malgré les meilleurs efforts des organisations et de leur personnel. À cette fin, de nombreux membres du personnel vivent eux-mêmes un stress et un épuisement accrus, parfois au point de quitter leur profession. Il n'existe pas de système de soins adéquat pour ceux qui travaillent au sein des organisations, car les fournisseurs de services eux-mêmes éprouvent les mêmes difficultés lorsqu'ils essaient d'accéder aux services.

Les participants ont ajouté qu'il y a d'importants temps d'attente pour accéder aux services partout au pays, peu importe le type de service. Par exemple, l'accès aux lits de désintoxication peut prendre des semaines, les programmes résidentiels de santé liée à l'utilisation de substances peuvent prendre des années et les conseillers en santé mentale dans les villes n'offrent plus de listes d'attente parce que ces dernières sont devenues trop longues. Non seulement les temps d'attente constituent-ils un obstacle, mais ils peuvent aussi amener une personne à refuser complètement d'accéder aux services, laissant ainsi les gens dans l'impression qu'il n'y a pas d'options.

Les participants ont dit que les fournisseurs de services en santé mentale, comme les conseillers ou les psychothérapeutes, fournissent rarement de l'information sur leur disponibilité, y compris s'ils acceptent de nouveaux clients. De même, le délai important pour accéder aux services de santé liée à l'utilisation de substances, surtout dans le cas des programmes à long terme, expose les gens à un risque plus élevé de mourir avant qu'ils puissent avoir accès à un endroit. Les gens ont le choix d'aller dans un programme de désintoxication ou dans une salle d'urgence d'hôpital où, dans les deux cas, il y a souvent des obstacles supplémentaires, des temps d'attente ou une stigmatisation active qui rend l'accès aux services plus nuisible qu'utile.

« C'est le système qui m'a mené à l'hôpital. »

Un autre point de vue qui est ressorti de presque toutes les discussions est celui des lacunes qui persistent dans les services de crise ou d'intervention immédiate pour les besoins en santé mentale. Ces services ne sont pas uniformes d'un bout à l'autre du pays et sont souvent déjà surchargés. Il n'est pas rare d'appeler une ligne d'intervention en cas de crise et être mis en attente ou entendre une réponse automatisée qui vous dit d'essayer de téléphoner de nouveau. Dans la plupart des cas, la seule ligne d'intervention d'urgence fiable est le 911, qui comprendra toujours une intervention policière. Les policiers n'ont pas reçu une formation adéquate sur la désescalade ou sur la façon d'aborder les situations avec compassion et attention, ce qui peut mettre en danger les personnes racisées, les personnes en crise, les personnes en situation de handicap et d'autres personnes.

La capacité des services de répondre aux besoins dépend de l'endroit où vous vivez. Dans certaines régions, il existe une sélection de services qui peuvent être adaptés à des identités, des expériences ou des besoins particuliers. Dans d'autres régions, il y a parfois un ou deux services qui suivent une approche universelle. En particulier, dans les collectivités éloignées, rurales et nordiques, il peut être très difficile d'avoir accès aux services. Il se peut qu'il n'y ait pas de services du tout dans une collectivité, ou que certains services ne soient offerts que par rotation. Cette rotation peut faire en sorte qu'il est difficile pour les services de donner suite aux soins et peut rendre presque impossible un suivi adéquat. Dans certains cas, les personnes sont obligées de quitter leur domicile pour recevoir des services dans d'autres régions, ce qui peut accroître le risque de compromettre leur mieux-être une fois qu'elles retournent dans le même environnement où elles ont eu besoin de soutien. Ces défis sont exacerbés dans les collectivités où les lacunes en matière d'infrastructure sociale ou physique limitent la disponibilité des services.

Il y a également eu plusieurs conversations sur l'importance des services qui reflètent la culture et qui sont enracinés dans la collectivité. Bien que ces programmes fondés sur les forces aient eu des effets positifs, en particulier pour les communautés racisées et les communautés linguistiques minoritaires, on ne les trouve souvent que dans les grandes villes. Les services reflétant la culture, la langue et l'identité ont été soulignés comme une partie efficace du système de SMSCS, car les personnes qui y travaillent sont mieux placés pour rencontrer les gens là où ils en sont et tenir compte des nuances de leurs expériences individuelles et collectives. Il existe plusieurs exemples de ces services partout au pays, qu'il s'agisse de services ciblés axés sur la culture ou la langue ou de centres d'accueil occasionnels accessibles à tous.

Plusieurs participants ont souligné que, lorsque les services ne reflètent pas les forces et les besoins des gens, les praticiens devraient participer à l'apprentissage continu pour contrer les connaissances qui peuvent être considérées comme dépassées. Par exemple, certains fournisseurs de services peuvent avoir des points de vue dépassés sur l'identité et la sexualité qui peuvent causer des préjudices aux

personnes 2ELGBTQI+ qui accèdent à leurs programmes. Un autre exemple cité portait sur les services de santé liée à la consommation de substances, où il y a eu plus de recherche et de ressources créées sur certaines substances que sur d'autres. Les participants du Nouveau-Brunswick ont indiqué que leur province a mis en place des services incroyables pour aider une personne à relever les défis liés à la consommation d'alcool, mais qu'elle n'offre pas les mêmes services pour aider une personne qui consomme des opioïdes.

Les participants à la deuxième phase de la consultation ont réitéré bon nombre des points soulevés par ceux qui ont participé à la première phase, ajoutant une certaine nuance aux perspectives et aux expériences des personnes qui travaillent comme fournisseurs de services ou praticiens de la santé. Selon eux, le manque de capacité, de ressources et de soutien dans les organisations crée peu de sécurité d'emploi et entraîne les préjudices que subissent les fournisseurs. Dans certains cas, les étudiants qui ont envie de travailler dans le domaine se sentent épuisés peu de temps après avoir commencé. Bien que ces étudiants laissent leur formation remplie d'enthousiasme à fournir des soins centrés sur la personne, les réalités du travail sur le terrain laissent un certain sentiment de désillusion et d'incapacité à faire le travail qu'ils avaient entrepris.

Structure des programmes

Tout au long de la première phase, les participants ont discuté de la structure des services en SMSCS, y compris du manque d'uniformité de l'approche et de l'admissibilité entre les programmes.

Ils ont souligné les incohérences dans les programmes en SMSCS au Canada, y compris les différences dans la durée et le type de programmes disponibles. Ils ont également discuté de l'importance de reconnaître les différents besoins des personnes qui cherchent à avoir accès à des services de santé mentale qui sont distincts des services de santé liée à l'utilisation de substances ou qui y sont associés. À l'heure actuelle, il n'existe pas de gamme de services pour répondre aux besoins en matière de santé mentale et de santé liée à l'utilisation de substances ni aucune combinaison des deux. Bien qu'une meilleure coordination soit nécessaire entre les deux, il reste un besoin distinct de services de santé mentale et de services de santé liée à l'utilisation de substances.

Les participants ont expliqué que les services en SMSCS ont des critères d'admissibilité et des résultats en matière de mieux-être qui varient avant de quitter les programmes, ce qui constitue un obstacle à la recherche de soins ou à l'atteinte de leurs propres objectifs de mieux-être. Il s'agit notamment de zones de recrutement limitées pour les programmes, de programmes résidentiels qui pourraient éloigner les gens de leur foyer et de programmes qui exigent que les gens s'abstiennent de consommer des substances de leur propre chef.

D'autres obstacles de nature plus systématique comprennent l'emplacement et la capacité d'une personne d'accéder à des programmes dans sa région et d'éventuels coûts supplémentaires pour accéder à des programmes, comme le transport, l'hébergement et la garde d'enfants, surtout si une personne participe à des programmes à long terme. Un participant fait remarquer qu'il y a plusieurs programmes gratuits ou peu coûteux en Colombie-Britannique qui sont théoriquement accessibles, mais que les gens risquent de perdre leur maison s'ils y participent parce que la durée des programmes les obligerait à quitter leur emploi et qu'ils ne pourraient pas payer le loyer.

Au-delà du point d'accès, il y a des contradictions dans les philosophies et les approches à l'échelle des services en SMSCS qui créent un paysage compliqué pour les utilisateurs de services. Il peut être difficile pour les personnes de trouver des services qui reflètent leurs forces et leurs besoins particuliers. Même

lorsque les services sont localisés, ils peuvent parfois entrer en conflit avec les politiques établies par les organisations ou les gouvernements. Un exemple clé donné par les participants est le manque d'uniformité des philosophies entourant la participation des familles, des amis ou d'autres êtres chers aux parcours de mieux-être des gens, surtout du point de vue de l'inclusion des êtres chers dans l'échange d'information et la prise de décisions. Bien que certains participants aient apprécié les restrictions rigoureuses imposées à la capacité des êtres chers d'accéder à l'information et aux décisions, d'autres ont dit que les lois actuelles sur la protection des renseignements personnels sont trop rigides et excluent les êtres chers au détriment des personnes qui demandent des soins.

Un autre exemple d'incohérence dans les philosophies concerne les efforts de réduction des méfaits, y compris la disponibilité d'un approvisionnement sécuritaire, les centres de prévention des surdoses et les installations de dépistage de drogues. L'approche en matière de santé liée à la consommation de substances dans les collectivités, y compris la crise des opioïdes et des drogues toxiques, varie considérablement d'un bout à l'autre du Canada. Par exemple, même si le vaporisateur nasal NARCAN est offert gratuitement par les pharmacies à tous les résidents de l'Ontario, l'accès à ce produit en Colombie-Britannique est plus difficile ou presque inexistant en raison des obstacles liés aux coûts. En Alberta, la province se concentre uniquement sur un modèle de rétablissement qui ne laisse place à aucun effort de réduction des méfaits. De nombreux participants ont déclaré que les services en SMSCS doivent accorder la priorité au maintien en vie des personnes et que la réduction des méfaits est un outil important pour fournir des services qui sauvent des vies. D'autres participants ont dit que tous les outils, y compris le rétablissement et la réduction des méfaits, devraient être considérés comme des moyens multiples qu'une personne peut choisir pour atteindre ses objectifs de mieux-être qu'elle s'est elle-même fixés.

Les participants à la deuxième phase ont répété que les services en SMSCS sont souvent conçus pour répondre aux besoins les plus aigus en matière de soins, et que bon nombre d'entre eux sont refusés parce qu'ils sont perçus comme « pas assez malades » pour justifier l'accès. Il y a peu ou pas de services en place pour aider ceux qui veulent améliorer leur santé mentale ou mieux comprendre leur relation avec les substances. Par conséquent, les défis liés à la SMSCS s'intensifient au point où ils nécessitent des soins avancés et des investissements pour les relever, plutôt que d'investir dans des services de prévention et de mieux-être holistique et de les développer.

« Le principe de la rue, au traitement et de retour vers la rue est inefficace. »

SMSCS et le système médical

La relation entre la santé mentale, la santé liée à la consommation de substances et les systèmes de santé physique a été soulevée à chaque séance des deux phases de consultation.

En raison des problèmes de capacité mentionnés dans les sections précédentes, une partie importante des besoins en SMSCS est dirigée vers le système médical et traitée par lui, y compris les hôpitaux, les médecins, le personnel infirmier et les organisations de santé communautaire. Les participants ont signalé que le système médical subit aussi des pressions importantes sur la capacité et des contraintes de ressources, surtout à la suite de la pandémie de COVID-19. Il en résulte un sentiment généralisé selon lequel les besoins en matière de SMSCS ne sont pas pris au sérieux dans le domaine médical, ce qui amène les gens à se méfier et à éviter d'interagir avec les milieux de soins de santé primaires, même lorsqu'il peut être essentiel de le faire.

Une autre dimension de la méfiance est que les gens craignent les conséquences possibles d'une interaction avec le système de santé. Les participants ont fait part d'expériences profondément traumatisantes qui se sont produites dans des hôpitaux, des cliniques ou d'autres établissements de soins de santé où le personnel médical les a mal traités ou à qui on a refusé un traitement médical. Il y a encore une grande lacune dans les connaissances du système de soins de santé au sujet des soins en SMSCS et de la façon d'aborder les gens avec compassion, de la façon d'écouter les gens et de les mobiliser, et de la façon de mieux comprendre l'expérience vécue des gens.

Les participants ont signalé que les professionnels de la santé adoptent souvent une approche médicale pour aborder les problèmes qui se présentent, ce qui signifie que les défis liés à la SMSCS sont parfois entièrement négligés ou mal diagnostiqués et mal traités pour une affection physique qui n'existe pas en réalité. Les participants ont parlé à plus d'une occasion des effets secondaires néfastes qui ont découlé d'un diagnostic ou de soins incorrects ou inappropriés. Lorsque ces incidents se produisent, les déséquilibres de pouvoir dans le système peuvent empêcher quelqu'un de demander des soins, des conseils ou des mesures correctives supplémentaires. Dans ces cas, il peut être presque impossible de s'y retrouver devant les tribunaux et d'autres organisations de défense des droits des patients lorsqu'il s'agit de s'attaquer aux préjudices découlant de soins inadéquats. La dynamique du pouvoir présente signifie également que, dans certains cas, d'autres fournisseurs ou organisations axés sur la justice sont plus susceptibles de se ranger du côté des professionnels de la santé par rapport à la personne qui a subi un préjudice.

Bon nombre des questions soulevées sous-tendent le fait que les professionnels de la santé peuvent avoir des points de vue dépassés ou préjudiciables en ce qui a trait aux soins en SMSCS. Dans certains cas, les gens ont l'impression que les professionnels de la santé ont rejeté les préoccupations en SMSCS, ce qui les a amenés à se sentir encore plus aliénés et à créer encore plus de méfiance dans le système de santé. Certains professionnels de la santé considèrent la toxicomanie comme un problème strictement médical ou apparemment moral, disant aux gens que s'abstenir de consommer des substances est la seule option qui existe dans leur cheminement vers le mieux-être. D'autres professionnels peuvent avoir des points de vue dépassés sur les identités et les droits des personnes 2ELGBTQI+, en considérant les identités sexuelles ou de genre d'une personne comme un « problème » à régler plutôt que de cerner les causes profondes des défis ou des obstacles liés à la SMSCS.

Stigmatisation et société

Les participants à la première phase de la consultation ont déclaré que le problème le plus répandu auquel font face les services en SMSCS est la stigmatisation continue des soins en SMSCS dans les établissements et la société. Ils ont exprimé le sentiment qu'on ne les prenait pas au sérieux et que leurs préoccupations ou leurs commentaires étaient facilement rejetés par les professionnels de la santé, les fournisseurs de services et le grand public. Il y a plusieurs façons dont même des choses simples comme la langue que les gens choisissent d'utiliser peuvent faire en sorte que les autres se sentent rejetés et « différents ». Ces choix peuvent avoir des effets néfastes sur le mieux-être d'une personne.

Il y a deux poids, deux mesures en ce qui concerne les soins en SMSCS comparativement aux soins de santé physique. Par exemple, si une personne se casse la jambe, il est généralement entendu qu'elle doit obtenir des soins médicaux de l'hôpital le plus proche et que cet hôpital a des procédures fondées sur des données probantes pour s'assurer que la personne a les meilleurs soins possibles pour sa maladie. Si quelqu'un s'approche du même hôpital avec un problème de santé mentale, l'approche

suivante peut varier énormément, allant de la prestation de soins à l'appel à la police ou à la mise sous garde de la personne. Les participants étaient d'avis qu'ils devaient se présenter comme étant « suffisamment malades » pour être pris au sérieux, ce qui, dans certains cas, comprenait le choix de se faire encore plus de mal pour avoir accès aux services. La stigmatisation de la consommation de substances est particulièrement répandue, ce qui fait en sorte que les personnes qui consomment des drogues se voient refuser ou retarder des soins au point de mourir en attendant d'avoir accès à des services de santé physique ou de santé liée à l'utilisation de substances.

« J'avais l'impression que je devais me faire plus de mal pour obtenir des services, pour être prise au sérieux. »

L'un des plus grands obstacles auxquels font face les services de réduction des méfaits en matière de santé liée à l'utilisation de substances est un sentiment de peur, enraciné dans la stigmatisation, qui empêche ces services de prendre racine dans certaines communautés. Les participants de partout au pays ont parlé de la façon dont les services auxquels ils ont eu accès affichaient l'attitude du « pas dans ma cour » à l'égard de leur établissement ou de leur expansion. Ces attitudes relèguent de nombreux services dans des régions urbaines très éloignées de l'endroit où vivent les gens, où ils passent du temps et où les gens essaient peut-être de trouver d'autres services intégrés. À l'Île-du-Prince-Édouard, par exemple, il y a des conflits tendus et permanents entre les organisations de services et les collectivités avoisinantes qui touchent les fournisseurs de services et qui ont donné lieu à des accès de violence à l'endroit des personnes qui demandent des soins dans la région.

Les participants ont déclaré que la stigmatisation sociale demeure prévalente partout au pays. Dans bien des cas, la société considère les situations de SMSCS d'un point de vue selon lequel les gens sont « brisés » et doivent être « réparés », le problème visant les personnes qui demandent des soins plutôt que les établissements et les systèmes qui ont érigé des obstacles à l'accès aux soins et créé des lacunes dans la prestation des soins. Les participants ont également discuté de la façon dont la stigmatisation des défis liés à la SMSCS interagit avec la stigmatisation vécue par les collectivités en raison de facteurs identitaires comme la race, la culture, la classe, la capacité, le genre, la sexualité ou l'âge. Les soins en SMSCS peuvent être prodigués en fonction d'autant de points de vue différents qu'il y a de personnes individuelles, ce qui entraîne divers recouvrements de stigmatisation qui peuvent empêcher les gens d'accéder aux services de façon unique.

Cela dit, les participants ont mentionné que le discours public sur la santé mentale s'est amélioré, en fait, parce que les gens ont plus de conversations et normalisent ces conversations dans la société en général. Malheureusement, on ne peut pas en dire autant de la stigmatisation liée à la santé liée à la consommation de substances. En fait, la stigmatisation des problèmes de santé liés à la consommation de substances s'est accrue, ce qui s'est traduit par des résultats de santé plus négatifs pour les personnes qui consomment des drogues. Les jugements négatifs et les hypothèses qui accompagnent les personnes qui s'identifient comme ayant une expérience vécue ou présente sont un facteur qui pourrait expliquer cette stigmatisation persistante. Les gens hésitent souvent à s'auto-identifier en grande partie parce qu'ils craignent d'être jugés ou de subir d'autres conséquences qui peuvent découler de leur autodéclaration dans un contexte professionnel. Leur manque de représentation dans les milieux de soins mène à une stigmatisation qui n'est pas contestée, ce qui décourage encore plus les gens de fournir et de recevoir des soins de ces mêmes services.

Les participants à la deuxième phase ont convenu que, malgré les efforts continus de sensibilisation et d'éducation à l'échelle du pays, les défis liés à la SMSCS sont encore profondément stigmatisés. Ils ont

également convenu que, bien que des progrès aient été réalisés en vue de déstigmatiser la santé mentale, les soins de santé liée à l'utilisation de substances font toujours l'objet d'une stigmatisation importante. Dans certains cas, la stigmatisation peut être mieux comprise comme étant de la discrimination à l'égard des personnes aux prises avec des problèmes de SMSCS. Ce changement de perspective permet aux gens de voir les effets négatifs de la stigmatisation sur les personnes, les familles et les collectivités.

Histoires de réussite

Bien que le sentiment général à l'égard de l'état actuel des services en SMSCS soit celui d'un système dysfonctionnel et fragmenté, les participants ont mis en lumière de nombreux exemples positifs de fournisseurs de services qui font un travail extraordinaire dans un contexte de ressources souvent limitées ou restreintes.

Parmi les exemples de fournisseurs de services qui se sont surpassés, mentionnons l'offre de services bénévoles après l'expiration du financement ou l'aide aux personnes en dehors de leurs heures de travail pour les mettre en contact avec les services. Bien qu'il y ait plusieurs de ces exemples positifs, les participants ont souligné que le système ne peut pas compter sur la bonne volonté des fournisseurs de services, surtout lorsqu'ils font eux-mêmes face à des défis semblables en ce qui concerne l'abordabilité, l'accès au logement et l'accès à leurs propres soins en SMSCS.

Les participants de partout au pays ont communiqué des histoires de réussite qui méritent d'être cataloguées ici :

- Au Québec, les progrès réalisés dans la coordination régionale des services sociaux, y compris les services en SMSCS, ont mené à la création d'inventaires centralisés et à jour des ressources disponibles et des temps d'attente estimatifs.
- Au Nouveau-Brunswick, des organismes communautaires ont établi des partenariats avec des fournisseurs de soins de santé, y compris des pharmacies locales, afin de rendre les services de santé liée à la consommation de substances plus accessibles.
- En Colombie-Britannique, certains hôpitaux ont commencé à intégrer les services en SMSCS aux services médicaux, utilisant les espaces hospitaliers pour tenir des réunions mensuelles sans rendez-vous sur divers sujets liés à la santé physique, à la santé mentale et à la santé liée à l'utilisation de substances.
- À l'Île-du-Prince-Édouard, les services communautaires et gouvernementaux en SMSCS ont amorcé la conversation sur la centralisation des soins à l'échelle de la province, ce qui permettrait de créer un répertoire de services à l'échelle de la province, avec des disponibilités actualisées et des renseignements sur la façon d'accéder aux programmes ou aux divers volets de financement qui soutiennent ces programmes.
- Au Yukon, la pandémie de COVID-19 a ouvert la porte à une plus grande disponibilité des services de soins virtuels, y compris les services en SMSCS, ce qui a accru l'accessibilité des services dans certaines collectivités éloignées, rurales et nordiques.
- En Ontario, un modèle d'« ambassadeur communautaire », utilisé à l'origine comme outil pour informer les communautés au sujet des mesures liées à la COVID-19 et des efforts de vaccination, a été présenté comme une solution qui pourrait être mise à profit pour mieux outiller les communautés afin qu'elles puissent relever les défis liés à la SMSCS. Le programme a

embauché des personnes qui représentaient une grande diversité de communautés dans la province, y compris des communautés racisées, des communautés linguistiques minoritaires et des personnes de différents âges vivant dans diverses régions pour communiquer au moyen de canaux familiers avec leurs communautés au sujet des services offerts.

Les participants ont considéré ces exemples et d'autres exemples constructifs comme le point de départ du renforcement et même de la réinvention du système de SMSCS au Canada. Plusieurs participants ont souligné que ceux qui fournissent et reçoivent des soins chaque jour connaissent déjà les solutions et travaillent à améliorer le système et à mettre en œuvre des pratiques exemplaires, et c'est la raison pour laquelle ils croient que le changement doit venir du gouvernement.

« Il est temps d'assumer la responsabilité. »

État futur des soins en santé mentale et en santé liée à la consommation de substances

Après avoir terminé les discussions sur l'état actuel des services en SMSCS, les discussions lors des séances de consultation ont porté sur l'exploration de ce à quoi pourrait ressembler l'état futur des services en SMSCS. On a demandé aux participants de décrire le système idéal qui est accessible, qui tient compte de l'identité et des expériences des gens et qui donne aux gens le sentiment d'être vraiment vus et soignés.

Approches fondées sur des données probantes

Les participants aux deux phases du processus de consultation ont souligné que les données probantes à l'appui des demandes de programmes axés sur la personne, tenant compte des traumatismes et axés sur la collectivité existent déjà dans l'espace SMSCS. Le défi n'est pas de trouver des solutions qui répondent aux forces et aux besoins des gens, mais plutôt de mettre en œuvre les solutions qui ont déjà été défendues par des personnes ayant une expérience vécue ou présente, des fournisseurs de services et d'autres leaders dans l'espace.

« Les données probantes sont déjà là. Il faut donc agir en conséquence. »

Les solutions les plus efficaces et inclusives comprennent la prestation de services centrés sur la personne et tenant compte des traumatismes, l'amélioration de l'accès à ces services et la création de programmes souples et communautaires qui reflètent les personnes qu'ils servent. Il y a aussi une montagne de données probantes à l'appui des approches qui maintiennent les gens en vie assez longtemps pour qu'ils aient accès aux services, y compris les services d'intervention en cas de crise, les centres de prévention des surdoses et les tests accessibles de dépistage de substances. Plusieurs participants ont relevé des données probantes produites dans d'autres pays, y compris des recherches sur la décriminalisation des substances au Portugal, et ont encouragé le Canada à s'inspirer des leçons et des pratiques exemplaires qui sont ressorties de ces pays.

Dans certains cas, il se peut qu'il n'y ait pas de données probantes et d'études de cas solides, comme dans le rôle des programmes axés sur l'identité et la communauté au Canada. D'autres recherches sont nécessaires pour déterminer les apprentissages et les meilleures pratiques qui sont essentiels à l'élaboration de programmes et de services, en particulier la recherche qui est enracinée dans un plus grand nombre de collectivités partout au pays.

Il y a également place pour la mise en œuvre de stratégies nationales sur plusieurs composantes clés du système de SMSCS. Bien qu'il ait été reconnu que chaque province et territoire pourrait aborder la prestation de services différemment et que d'autres communautés, y compris les communautés racisées et les communautés linguistiques en situation minoritaire, peuvent avoir leurs propres approches pour répondre à des besoins particuliers, on s'entend généralement pour dire que le gouvernement fédéral a un rôle à jouer dans la coordination des services entre les administrations et dans l'établissement de normes nationales. Les participants étaient généralement d'accord pour dire que la normalisation des soins en SMSCS pourrait grandement contribuer à assurer une grande qualité des services partout au pays.

Services tenant compte des traumatismes

Reflétant la solide base de données probantes qui existe et le fait de compter sur une expérience vécue ou présente, les participants aux deux phases ont déclaré que l'état futur des soins en SMSCS tiendra compte des traumatismes, fournissant des services qui peuvent aider les gens à explorer les traumatismes sous-jacents et d'autres expériences qui, pour de nombreuses personnes, servent de cause fondamentale de leurs besoins en SMSCS. Les soins tenant compte des traumatismes sont également en mesure de reconnaître les forces inhérentes au sein des personnes et des collectivités et d'utiliser ces forces comme outil pour soutenir et habilitier les personnes dans le cadre de leur parcours en SMSCS.

L'état futur comprendra que les besoins en SMSCS sont des questions de santé qu'il est tout aussi important d'aborder comme un diagnostic de fracture de la jambe ou de cancer et qui doivent être traitées avec autant d'empressement que les questions de santé physique le sont actuellement. À la base, l'état futur aura éliminé la stigmatisation entourant les besoins en SMSCS et, tout comme pour toute maladie physique, déterminera les causes profondes de ces besoins et s'y attaquera, incluant les problèmes sous-jacents et souvent systémiques en jeu plutôt que d'essayer de blâmer la personne qui demande des soins.

**« Être respecté est utile. Se faire entendre est utile.
Je peux être malade devant vous sans penser que vous avez moins d'estime pour moi. »**

Les participants ont réitéré le fait que le système ne sera pas en mesure de mettre en œuvre une approche tenant compte des traumatismes sans être dirigé par des personnes ayant une expérience vécue ou présente, car ce sont les experts qui comprennent le mieux comment concevoir des services pour cibler les causes traumatiques profondes vécues par leurs collectivités. Les participants ont ajouté que l'élaboration de services tenant compte des traumatismes crée des occasions d'investir dans des projets de développement communautaire créés et dirigés par des personnes ayant une expérience vécue ou présente qui enrichissent le tissu des services communautaires qui existent au Canada.

Il existe plusieurs autres philosophies, approches et pratiques qui peuvent être présentées dans un système de SMSCS tenant compte des traumatismes. Bon nombre d'entre elles sont décrites dans les sections suivantes, qui décrivent d'autres éléments de l'état futur des soins en SMSCS.

Services centrés sur la personne

En plus du besoin de services tenant compte des traumatismes, on s'entendait fortement pour dire que l'avenir des soins en SMSCS doit être centré sur la personne. Cette philosophie des soins prend diverses formes, depuis les approches qui se centrent sur l'identité et l'expérience des gens et qui les valident

jusqu'à la prestation de services souples qui offrent des options pour soutenir les gens dans un éventail de forces et de besoins. Les participants ont eu tendance à convenir que l'approche universelle utilisée au cours des dernières décennies pour fournir des soins en SMSCS a échoué et que la solution de rechange consiste à créer un système qui peut être adapté à divers besoins et réalités.

À ce sujet, les participants ont insisté sur le fait que l'état futur des soins en SMSCS doit être fondé sur la souplesse et la compréhension. Il faut comprendre que les gens sont en difficulté lorsqu'ils cherchent des soins – même après avoir commencé à consulter les fournisseurs de services – et que ces difficultés ne devraient pas entraîner automatiquement l'abandon de la personne des programmes. Par exemple, dans les programmes de vie sans drogue, les espaces partagés peuvent être des endroits où d'autres personnes sont à risque si une personne qui a recommencé à consommer de la drogue est accueillie dans les établissements. Dans ce cas-ci, cette personne ne devrait pas être complètement exclue des programmes, mais plutôt aiguillée vers des services initiaux ou alternatives avec des trajectoires plus appropriées qui pourraient être décidées en consultation avec elle. Les services de l'état futur devraient créer une structure de soutien semblable à celle d'une toile d'araignée afin que, peu importe les circonstances particulières du parcours d'une personne, il y ait une bonne façon d'accéder aux bons services.

Tout au long du processus de consultation, les participants ont discuté de l'importance d'un état futur qui est en mesure d'offrir aux gens une variété d'options de soins plutôt que de prescrire des options précises sans leur participation ou leur collaboration. Il existe de nombreux types de programmes contenant des options qui reflètent différentes philosophies, approches et structures. Il s'agit d'une occasion de diversifier et d'adapter les services d'une manière qui rejoint un plus grand nombre de personnes et leurs forces et besoins uniques. Représentant ce paysage, les participants ont déclaré qu'il y a de la place dans l'état futur pour le modèle de rétablissement et le modèle de réduction des méfaits, pour les soins individuels et les programmes communautaires, pour les services d'accueil et les programmes résidentiels, ainsi que pour les soins agnostiques et axés sur la spiritualité. L'existence d'un service n'exclut pas l'existence d'autres services. En fait, les participants croient que le fait d'avoir plusieurs volets qui s'orientent tous vers le mieux-être donne aux gens la meilleure chance possible de trouver la bonne combinaison de services.

Les participants ont souligné qu'une diversité de philosophies, d'approches et de structures, enracinées dans les identités et les expériences individuelles et collectives, est une autre façon d'étendre les services aux collectivités qui ont été traditionnellement marginalisées et mal desservies. La capacité d'accéder à des services dans la langue de son choix, offerts par des membres de sa propre collectivité qui peuvent comprendre sa vision du monde, ses perspectives et ses luttes, est extrêmement précieuse. Ces services pourraient également inclure le simple fait d'offrir du temps aux gens pour qu'ils puissent passer du temps avec d'autres membres de leur collectivité dans un environnement social sécuritaire. Les participants ont ajouté que ces types de services seraient particulièrement avantageux pour les communautés méritant l'équité, notamment les nouveaux arrivants, les communautés racisées, les communautés linguistiques minoritaires et les communautés 2ELGBTQI+, puisque beaucoup de gens de ces communautés peuvent trouver extrêmement difficile de trouver des services qui reflètent leur identité et leurs expériences.

En plus d'offrir des services adaptés aux forces et aux besoins de collectivités particulières, les participants ont déclaré que les programmes devraient être adaptés aux différents sexes et à divers groupes d'âge. Bien que de nombreux programmes ciblent un large éventail de personnes, il y a des cas

où l'accès au soutien et aux ressources est plus propice dans un environnement qui réunit d'autres personnes de votre sexe ou groupe d'âge. Les jeunes participants de partout au pays ont dit qu'il y a des lacunes importantes dans les programmes axés sur les jeunes, surtout à l'extérieur des centres urbains. Les programmes axés sur les jeunes et les programmes adaptés aux besoins distincts des hommes et des femmes de l'état futur feraient partie des diverses options offertes aux personnes qui demandent des soins.

Une dimension supplémentaire est que les soins centrés sur la personne exigent de mettre au cœur des services la compassion et la compréhension et parfois d'aborder le mieux-être de différentes façons selon les forces et les besoins de la personne qui demande des soins. L'inclusion de membres de la famille ou d'êtres chers dans le parcours d'une personne en est un exemple. Dans certains cas, la participation de la famille peut nuire au mieux-être d'une personne en raison d'expériences passées de négligence, de violence ou de traumatisme. Dans d'autres cas, la participation de la famille peut les aider à créer des structures de mieux-être qui perdurent après la fin des programmes. L'inclusion de la famille ou des proches exige des politiques et des procédures qui permettent aux programmes de vérifier et de réévaluer les limites entourant l'échange d'information et la participation de la famille, toujours en collaboration avec la personne qui demande des soins, et toujours en veillant à ce que les droits de la personne soient priorités.

« Faites preuve de compassion. »

Les participants ont également déclaré que les soins centrés sur la personne signifient aider les gens à accéder à d'autres besoins essentiels à leur mieux-être, y compris des objectifs à long terme comme le logement, l'emploi ou les services d'aide sociale ou des besoins à court terme comme une salle de bains, un téléphone ou un ordinateur avec accès à Internet. Les participants ne s'attendent pas à ce que les services futurs offrent toutes ces caractéristiques, mais plutôt que le système de SMSCS fonctionnera au sein d'une structure de collaboration qui permettra à une personne qui est liée à ces services de s'orienter vers d'autres programmes et services qui sont indispensables pour répondre à ses besoins holistiques.

Les participants à la deuxième phase de la consultation ont appelé cette vision l'approche « chaque porte est la bonne porte ». Les fournisseurs de services, les décideurs et d'autres experts ont convenu que les soins centrés sur la personne devraient être une priorité et que la création de réseaux de collaboration entre divers systèmes de soins est une première étape vers l'état futur idéal décrit par les participants à la première phase. Les participants à la deuxième phase ont ajouté que la participation de la famille aux soins peut être importante, en particulier pour les communautés racisées et les nouveaux arrivants, et que la législation sur la protection de la vie privée entourant la participation de la famille aux soins doit être revue pour tenir compte des cas où elle peut favoriser des résultats positifs en matière de mieux-être.

Continuité des soins

Les participants aux deux phases ont convenu que l'état futur des soins en SMSCS est un état qui assure une continuité des soins qui suit une personne tout au long des diverses étapes de sa vie et qui fait évoluer les services afin de répondre aux forces et aux besoins changeants tout au long de son parcours de vie.

Les participants à chaque séance de consultation ont parlé de la façon dont l'état futur comprendra un service d'accompagnement, un « guichet unique » facile d'accès qui sert de passerelle vers les services

qui pourraient être requis et qui accompagne une personne tout au long de son parcours d'un service à un autre. Les participants ont également parlé de l'idée de créer un bureau de conseillers en droits, une équipe dévouée de personnes chargées d'aider une personne à gérer son cas et de l'informer des options qui s'offrent à elle. Ces conseillers peuvent également servir d'intermédiaire entre une personne qui cherche à obtenir des soins, en conseillant une personne sur les droits que sa famille peut avoir, en aidant les gens à s'y retrouver parmi les options qui s'offrent à eux et en communiquant de l'information entre la personne, sa famille et les fournisseurs de services, le cas échéant.

Les participants ont parlé de la façon dont l'état futur aurait deux composantes de soins, soit les services d'intervention immédiate en cas de crise et les services de soutien à long terme.

Des services d'intervention immédiate seraient disponibles pour répondre aux appels urgents entourant les crises en SMSCS et comprendraient des équipes de professionnels de la santé formés pour traiter ces types de situations, comme la formation sur la désescalade ou la prévention des surdoses. Ces services seraient disponibles sur appel, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, partout au Canada, comme l'intervention 911, mais sans intervention policière. Bien que les participants aient reconnu le déploiement récent de la ligne téléphonique nationale 998, ils ont dit qu'il faudrait des unités d'intervention mobiles qui peuvent répondre aux appels en personne.

Les services de soutien à long terme peuvent prendre diverses formes. Dans l'état futur, les gens auraient accès à diverses options qu'ils peuvent envisager et auxquelles ils peuvent avoir accès, avec leur conseiller en droits, pour adapter un programme de mieux-être qui répond à leurs besoins et qui les aide à atteindre leurs objectifs. Bien que des approches différentes puissent être offertes, idéalement, elles ne devraient pas se faire concurrence. Le système devrait plutôt être conçu de façon que tous les services fonctionnent dans le même sens, c'est-à-dire qu'ils aident une personne à atteindre sa définition du mieux-être. Les participants ont déclaré qu'il faut calibrer les services en fonction de leur intensité, des programmes résidentiels aux centres d'accueil, et de leur durée, de 30 jours à quelques années, avec des programmes qui n'exigent pas que quelqu'un obtienne un diplôme ou cesse d'y participer.

Les participants ont parlé de l'idée de « s'approprier le bloc » dans la prestation de soins continus, où plusieurs programmes appuyant les personnes à différents stades de leur parcours de mieux-être sont situés dans un seul endroit. Bien que ce modèle soit à l'étude dans plusieurs collectivités du pays et qu'il ait réussi à aider les gens à s'y retrouver dans des services qui se chevauchent parfois, certains participants ont émis un avertissement sur le fait de regrouper les programmes dans un seul endroit, car cela peut exposer les gens à des risques ou à des préjudices supplémentaires auxquels ils n'auraient pas été exposés autrement. Les participants ont expliqué qu'il y a un risque particulier lorsque les programmes sont regroupés pour les personnes qui ont cessé ou qui essaient d'arrêter de consommer des substances, en plus des programmes pour les personnes qui continuent de consommer des substances dans le cadre de leur parcours.

« Que se passerait-il si nous possédions le bloc ou si nous avions un centre de traitement de quartier avec différentes installations qui répondent à différents besoins? »

Dans l'état futur, il y aurait de meilleurs systèmes en place pour enregistrer, stocker et communiquer l'information sur le parcours des gens, y compris avec cette personne et parmi les services auxquels elle a accès. Les participants ont soulevé l'idée d'un portail accessible aux fournisseurs de services, aux fournisseurs de soins de santé, aux personnes à la recherche de soins, à leurs conseillers en droits et, si

la personne y consent, à sa famille ou à ses proches. Ce portail permettrait d'échanger facilement de l'information entre les fournisseurs de soins, afin d'éviter de répéter les informations et permettrait à la personne qui demande des soins ou à ses proches d'inclure des détails supplémentaires qui pourraient être pertinents pour ses soins. En même temps, les participants ont mis en garde contre les risques sérieux associés à la création de ce type d'outil, y compris les risques de protection des données et les risques associés à la façon dont l'information sur les personnes est actuellement communiquée et représentée par les professionnels de la santé.

Une fois que les gens ont eu la possibilité d'accéder à des soins et d'en recevoir, l'état futur devrait faire place au soutien et aux soins continus après qu'une personne a quitté un programme ou un service. Cette composante des soins peut comprendre les soins de suivi, les suivis, la disponibilité de programmes de halte-accueil ou le lien avec d'autres services communautaires pour promouvoir le mieux-être continu. Les participants envisagent que cet élément fasse partie du rôle de conseiller en droits et qui est conçu pour aider les gens à s'y retrouver dans les services, mais il incombera également à d'autres systèmes de services comme le logement, les soins de santé ou la protection de l'enfance pour s'assurer que les gens continuent de bénéficier d'une continuité de services pour répondre à leurs forces et à leurs besoins.

Réduire les obstacles

Les participants à la première et à la deuxième phase prévoient que l'état futur des soins en SMSCS créera des structures et des mesures pour réduire de façon proactive les obstacles auxquels se heurtent les personnes qui demandent des soins.

Le premier obstacle à surmonter est le manque d'information sur les services disponibles, les étapes à suivre pour y avoir accès et ce à quoi on doit s'attendre une fois que quelqu'un y a accès. Il devrait être facile de déterminer les services disponibles et de préciser le type de services recherchés, y compris les services qui reflètent l'identité et l'expérience d'une personne.

Un autre obstacle est le manque de coordination entre les services, ce qui peut amener les services à abandonner une personne soit parce qu'elle n'a pas la capacité de fournir un soutien adéquat, soit parce que la personne n'a pas satisfait à une exigence particulière du programme. Bien qu'on ne s'attende pas à ce que tous les programmes fournissent des services à chaque personne, les participants s'attendent à ce que dans l'avenir on prévoie suffisamment de réseaux pour qu'une personne puisse avoir accès aux services nécessaires, peu importe les circonstances de sa situation.

Troisièmement, les participants ont indiqué que le coût prohibitif associé à plusieurs services, surtout ceux offerts par le secteur privé, constituait un obstacle à l'accès aux soins. L'état futur serait en mesure de fournir ces types de services privés par l'entremise d'un système de santé public, ce qui rendrait les soins en SMSCS de qualité accessibles à tous. L'état futur serait un état dans lequel des soins de grande qualité seraient financés adéquatement et dans lequel le personnel serait suffisamment soutenu pour empêcher que d'autres obstacles systématiques n'entravent la capacité des fournisseurs de services de fournir de bons services. Dans ce monde, les soins en SMSCS seraient disponibles et accessibles à un coût réduit ou gratuits pour tous les Canadiens.

Dans l'état futur, les fournisseurs de services auraient plus d'occasions de travailler et d'établir des relations avec les collectivités éloignées, rurales et nordiques, notamment en examinant des façons d'accroître l'accès numérique aux services lorsque les fournisseurs ne sont pas en mesure d'intervenir en personne. Un exemple est la construction de salles insonorisées dans les centres communautaires

ou les hôtels de ville qui donneraient accès à des services de connexion vidéo, permettant aux membres de la collectivité de communiquer avec des fournisseurs dans un endroit sécuritaire, confortable et à proximité.

Les participants ont déclaré qu'il y a d'excellentes occasions d'explorer le rôle des approches numériques en matière de santé dans l'état futur, mais qu'il faut discuter davantage des répercussions de ces intégrations technologiques. Les possibilités de tirer parti des technologies comprennent la possibilité d'accéder à des soins virtuels ou de créer des dossiers qui sont accessibles et transférables parmi les fournisseurs de services. Bien que ces possibilités soient nombreuses, les participants ont également mentionné les risques concernant l'enregistrement et l'échange de renseignements de nature délicate sur la santé entre les fournisseurs.

Intégration systématique

Les participants à la première et à la deuxième phase ont longuement parlé de la façon dont l'état futur des soins en SMSCS en serait un où les divers nœuds des systèmes de soins seraient intégrés et fonctionneraient en collaboration pour offrir du soutien aux personnes de façon à intégrer leurs forces et répondre à leurs besoins. Bien que les participants s'attendent à ce qu'il y ait un niveau accru d'intégration entre les services en SMSCS, l'état futur va plus loin et inclut d'autres systèmes de soins qui ont une incidence sur la vie des gens, comme le logement, l'emploi et la protection de l'enfance.

Lors de chaque séance de consultation, les participants ont discuté des recoupements entre la santé mentale, la santé liée à l'utilisation de substances et d'autres aspects de la vie des gens, comme leurs expériences quand ils étaient un enfant (surtout s'ils ont été dans le système de protection de l'enfance) et leur capacité d'accéder aux services de mieux-être social, aux services de logement et même l'emploi. Il y a de nombreuses expériences traumatisantes et préjudiciables dans la vie d'une personne qui peuvent être directement liées à son interaction avec d'autres systèmes, et la triste réalité est que ces systèmes ne sont pas équipés pour aider à guider une personne vers le mieux-être. Dans l'état futur, divers systèmes seraient en mesure de fonctionner ensemble et tiendraient compte du point de vue de la SMSCS lorsqu'ils aident une personne à accéder aux services.

Un exemple sort du lot lorsqu'on considère à quel point l'accès à un logement sûr, abordable et approprié est essentiel pour obtenir des résultats positifs en matière de santé mentale. Dans l'état actuel, on ne reconnaît pas les effets dévastateurs de la crise du logement sur la santé mentale et le mieux-être des Canadiens. En plus d'une disponibilité accrue de logements abordables et appropriés dans l'ensemble du pays, l'état futur comprendrait de multiples liens entre le logement et les soins en SMSCS pour ceux qui en ont besoin. Ces liens peuvent comprendre des ressources visant à aider les gens à conserver leur logement actuel pendant qu'ils participent aux programmes de SMSCS locaux ou à l'extérieur de leur domicile. Des liens semblables et des ressources intégrées devraient être établis et offerts aux personnes qui vivent avec des problèmes de SMSCS aux intersections du système de protection de l'enfance, en particulier pour les jeunes qui ont vieilli hors du pris en charge, les personnes qui ont vécu une expérience de criminalisation ou d'incarcération et les personnes à faible revenu.

« Je m'intéresse à votre mieux-être. Je ne m'intéresse pas à votre consommation de substances. »

Les participants ont insisté sur le fait que l'amélioration des services en SMSCS ne peut se faire dans les silos des administrations provinciales ou territoriales. Ils ont discuté de la difficulté de coordonner les services entre les secteurs de compétence, que ce soit pour une personne qui demande des soins ou qui coordonne les services d'un être cher dans une autre province ou à l'extérieur d'une administration

particulière. Dans l'état futur, les normes en matière de SMSCS feraient de l'accès aux services une expérience semblable et positive dans chaque province et territoire, ce qui permettrait aux gens de trouver plus facilement du soutien et de recevoir des soins des services, peu importe où ils se trouvent au pays.

Les participants croient également que le réseau de services en SMSCS devrait réduire la participation des forces de l'ordre, tel que la police, aux interventions en cas de crise et à la prestation de services. Les participants de partout au pays ont déclaré que la police n'est pas une réponse appropriée à la plupart des préoccupations en matière de SMSCS, même si la police assume une grande partie du fardeau actuel d'intervention en temps de crise.

Les participants ont encouragé la réaffectation du financement de la police à d'autres services d'intervention immédiate, en faisant participer des professionnels de la santé comme les infirmières aux équipes d'intervention de première ligne et en augmentant la formation que les policiers reçoivent afin qu'ils puissent effectuer des interventions appropriées et compatissantes en SMSCS. Dans l'état futur, il ne sera pas nécessaire de compter sur la police pour intervenir en cas de crise de SMSCS ou, si elle est impliquée, que son intervention ne mène pas à la mort ou au préjudice et qu'elle soit effectuée d'une manière aimable, compatissante et adaptée au traumatisme.

Normes mesurables

Les participants à la première phase croient que les normes ont un rôle important à jouer dans la mise en œuvre de l'état futur des soins en SMSCS. Ils voient la normalisation comme un moyen de garantir des soins de grande qualité et la crédibilité de certains services, ce qui mène à de meilleurs résultats globaux en matière de mieux-être pour les gens. Les participants ont imaginé les normes comme des points de référence permettant de mesurer les progrès accomplis vers l'état futur décrit précédemment. Les normes sont également un moyen d'évaluer les services et que ceux-ci soient tenus de rendre des comptes et, en fin de compte, de mettre fin aux services jugés nuisibles.

« Les politiques et les normes peuvent être le point d'ancrage du travail que vous faites. »

Les participants à la deuxième phase ont convenu que les normes nationales ont le potentiel de garantir la responsabilité dans le système, en veillant à ce que chaque nœud du système réponde aux exigences établies pour lui. Ils ont ajouté qu'il sera important de veiller à ce que les normes aillent au-delà de la portée actuelle des soins et des obstacles à la prestation des soins, car il y a de nombreuses personnes qui ne sont pas en mesure d'accéder aux services dans le système actuel.

Comment passer de l'état actuel à l'état futur des soins

On a ensuite demandé aux participants d'explorer les étapes ou les mesures à prendre pour que le système de SMSCS passe de l'état actuel des soins existants à l'état futur souhaité imaginé par les participants.

Mesures urgentes

D'un bout à l'autre du pays, les participants aux deux phases du processus de consultation ont souligné que les gens vivent plusieurs crises simultanément, soit une crise du logement et de l'abordabilité, une crise par rapport aux drogues toxiques et un besoin croissant de soins en SMSCS. Bien que les normes nationales puissent jouer un rôle important dans l'avancement du changement, les participants ont

insisté sur le fait que les gens meurent tous les jours à cause de l'inaction entourant ces crises et qu'il n'y a pas assez de temps pour que les gens attendent que les soins en SMSCS soient normalisés.

« J'en ai assez de perdre des gens que j'aime. »

Les participants ont insisté sur la nécessité de mettre en œuvre des programmes et des politiques qui préviennent les décès et d'autres préjudices. Il y a plusieurs approches d'intervention en cas de crise et de réduction des méfaits au pays qui fonctionnent et qui maintiennent les gens en vie assez longtemps afin qu'ils aient accès à d'autres services. À mesure que les normes commencent à renforcer le système de SMSCS, il faut continuer à valoriser et, dans certains cas, à financer ce genre d'approches qui sont en première ligne pour réduire les méfaits et sauver des vies. Les participants, en particulier à la deuxième phase, étaient conscients que, bien que le soutien continu pour les services qui répondent aux besoins aigus soit indispensable, la même attention et les mêmes ressources doivent être investies dans les services de soutien aux personnes à d'autres points du spectre de la SMSCS.

Les participants ont insisté sur l'importance d'investir dans des services sur le terrain qui permettent de rencontrer les gens là où ils se trouvent, d'accepter les gens à mesure qu'ils viennent et de les mettre en contact avec divers systèmes de soins. Ces services sont souvent le premier point de contact pour les gens et constituent un élément essentiel de la mise en place d'un système renforcé de SMSCS. Une mesure concrète consiste à fournir de l'investissement dès le départ pour que les organismes communautaires continuent d'offrir des services à l'échelle locale. Cet investissement profitera à la population à long terme en jetant les bases de systèmes de soutien social intégrés et collaboratifs.

Accès centralisé

Dans la plupart des séances de consultation, les participants aux première et deuxième phase ont dit que l'une des mesures les plus efficaces qui pourraient être prises est la création d'une source centralisée d'information et d'accès pour les services de SMSCS. Ce centre regrouperait et tiendrait à jour une base de données exacte sur les services, la disponibilité et les temps d'attente, si des services particuliers fondés sur la culture ou l'identité sont offerts, et les procédures ou les renvois nécessaires pour y accéder en temps opportun. Un tel inventaire servirait à des fins d'information et offrirait un point d'entrée unique pour tous les services contenus dans la base de données.

« Nous avons absolument besoin d'un accès centralisé, mais nous avons absolument besoin d'un service décentralisé. »

Les participants ont apprécié le concept selon lequel « chaque porte est la bonne porte », ce qui signifie que peu importe la façon dont une personne accède aux services, soit directement, à l'hôpital, à l'école ou à tout autre point de contact dans sa collectivité, elle est dirigée vers le carrefour central et soutenue par d'autres connexions à partir de là. C'est là que le guide ou le conseiller en droits agirait à titre de défenseur ou de gestionnaire de cas chargé d'aider à la recherche, à la sensibilisation et à l'aiguillage vers des programmes ou des services. Cette personne ou cette équipe pourrait demeurer une source constante de soutien tout au long du parcours de mieux-être d'une personne, surtout pour ce qui est de comprendre les options ou les obstacles qui pourraient avoir une incidence sur l'atteinte des objectifs de mieux-être d'une personne.

Le centre pourrait également être chargé de superviser les dossiers qui sont compilés et échangés entre les fournisseurs de services, les personnes qui demandent des soins et leurs familles ou leurs proches. Compte tenu de cette fonction, les participants ont réitéré l'importance des mesures de protection et

d'autres systèmes de gestion de l'information pour protéger les renseignements de nature délicate sur la santé.

Services flexibles

Au cours de la première phase, les participants ont énuméré plusieurs mesures à prendre avant qu'il soit possible d'offrir des soins plus souples et mieux adaptés, dont bon nombre correspondent à la vision partagée par les participants pour le système idéal de SMSCS à l'avenir.

Les services doivent être adaptés aux forces et aux besoins variés des différentes communautés en fonction de leurs identités qui se recoupent, y compris les communautés culturelles, les communautés linguistiques en situation minoritaire, les hommes et les femmes ayant leurs propres expériences, et les personnes qui ne connaissent que des problèmes de santé mentale ou de santé liée à l'utilisation de substances. Ils doivent être sensibles aux cas complexes et simultanés de problèmes de santé mentale et de santé liée à l'utilisation de substances, y compris les traumatismes complexes, les problèmes de santé liés à la consommation multiple de substances ou les problèmes combinés de santé mentale et de santé liée à l'utilisation de substances. Cela comprend d'adapter des services pour répondre aux besoins et aux enjeux qui pourraient émerger des changements dans l'approvisionnement en médicaments toxiques et des répercussions de ces changements sur les personnes qui consomment des drogues.

Les services doivent être adaptés aux réalités géographiques, sociales et économiques des personnes et des collectivités, y compris fournir un soutien à une personne qui a besoin d'un transport et d'un logement pour obtenir un service, s'assurer que les personnes peuvent compter sur la sécurité d'emploi et de logement pendant leur absence et que les coûts d'accès au service sont réduits ou éliminés. En réduisant ces obstacles, toutes les personnes pourront avoir accès aux services et seront plus susceptibles de profiter des soins reçus.

Les participants ont souligné la nécessité d'investir dans une variété de programmes mobiles, ponctuels ou d'intervention immédiate pour aider à relier plus de services à plus de personnes dans les collectivités. Ils ont parlé de la possibilité d'explorer et d'investir dans de nouvelles technologies qui peuvent mieux soutenir et équiper les fournisseurs de services et les organisations. Un participant a fait part de l'idée de créer un dispositif portable pour les personnes en situation précaire, y compris celles qui ne sont pas hébergées ou qui consomment des drogues, dispositif qui pourrait aviser les services d'urgence en cas de surdose ou d'autres urgences.

Les participants croient que les technologies jouent un rôle de plus en plus important dans l'augmentation de l'accès rapide et simplifié aux services partout au pays. Ils ont parlé de l'importance d'investir dans des stratégies précises pour combler les lacunes et éliminer les obstacles dans les collectivités éloignées, rurales et nordiques, et ils ont encouragé davantage de consultations dans ces régions pour mieux comprendre les nuances des défis et des possibilités qui n'existent peut-être pas dans d'autres collectivités. Bien que des solutions technologiques et consultatives puissent être utiles, il demeure nécessaire d'assurer l'accès dans les régions éloignées, rurales et nordiques à des services communautaires axés sur l'établissement de relations dans un environnement sécuritaire et positif.

Il faut aussi investir dans des stratégies précises pour accroître l'accès aux services pour certaines communautés méritant l'équité, y compris les personnes sans logement et ceux qui sont incarcérés. Les personnes sans logement ou les personnes criminalisées sont plus susceptibles d'interagir avec les systèmes de soins, mais moins susceptibles de recevoir des soins adéquats ou des soins quelconques. La recommandation visant à éliminer les silos, à favoriser l'intégration et la collaboration avec les

services d'hébergement, les établissements correctionnels et d'autres nœuds de service pour accroître l'accès est particulièrement importante pour ces groupes.

Services de financement

Dans l'ensemble du pays, les participants à la première phase ont souligné les lacunes critiques en matière de capacité dans notre système de soins de santé, sur lesquelles on continue de compter pour assumer une grande partie du fardeau lié aux besoins en SMSCS. Il est absolument nécessaire d'augmenter le financement des services en SMSCS, y compris les programmes de désintoxication, les programmes de halte-accueil, les programmes en milieu hospitalier, les programmes de soins de longue durée, les programmes de réduction des méfaits, les programmes d'intervention d'urgence et d'intervention en cas de crise et d'autres programmes communautaires dans toutes les régions du Canada. Les participants ont souligné que l'investissement aiderait à garder le personnel actuel en place, à former le nouveau personnel et à faire en sorte que tout le personnel reçoive une rémunération adéquate et le soutien connexe. Les participants, surtout dans la deuxième phase, croient que les membres du personnel qui reçoivent des soins sont mieux en mesure de s'occuper des autres, ce qui contribuera à accroître la capacité du système de façon durable. Ils ont également souligné l'importance d'investir dans la formation et l'embauche d'un plus grand nombre de prestataires de services et de soins de santé qui sont eux-mêmes des personnes ayant une expérience vécue ou présente en tant que proches aidants et au-delà de ce rôle, afin de mieux cerner leurs forces et leurs besoins lorsqu'ils accèdent aux services.

« J'aimerais que nous ayons le financement nécessaire pour avoir un centre de traitement géré par ceux qui ont vécu la même expérience. »

Les participants ont discuté du rôle joué par les familles, les proches ou d'autres proches aidants non rémunérés dans le parcours vers le mieux-être d'une personne. Dans bien des cas, leur participation prend la forme de travaux non rémunérés, la prise en charge des frais de transport ou d'hébergement ou d'aide à une personne pour s'y retrouver dans le système et à défendre ses soins. Les contributions des proches aidants et de leurs proches devraient être reconnues et valorisées, et elles devraient être mieux soutenues en leur offrant un lien, une communauté, des ressources ou leur propre soutien. Il faut aussi investir dans un plus grand nombre de services à spectre intermédiaire, y compris pour les proches aidants et les proches, qui permettent aux personnes qui ont besoin de soutien ou qui veulent explorer leurs propres expériences à un moment donné d'avoir accès à des services pertinents.

Les participants ont insisté sur l'importance cruciale d'accroître l'investissement dans les services existants et d'investir dans de nouveaux services qui ciblent la majorité des personnes qui n'ont pas de besoins aigus et qui pourraient bénéficier de soins de la gamme intermédiaire. Cet élargissement de la portée des services pourrait comprendre un accès accru à des services souples ou sans rendez-vous, à des programmes de renforcement des capacités comme la sensibilisation ou l'éducation du public, et à des places en établissement pour répondre aux besoins en SMSCS dans les hôpitaux ou les établissements de soins primaires. Les participants ont ajouté l'importance d'investir dans les gens, de veiller à ce que le financement puisse être versé directement aux personnes dans le besoin, d'accroître leur capacité de naviguer de façon indépendante dans les services.

Les participants à la deuxième phase ont ajouté que, à mesure que des lacunes sont cernées, des efforts devraient être faits pour en tirer parti comme moyen de trouver de nouvelles approches pour accélérer l'accès aux soins et fournir les services de façon plus efficace. Ils ont ajouté que le financement accru

requis pour investir dans les soins pourrait provenir de la réaffectation des ressources ou être prélevé des taxes d'accise existantes sur les substances comme l'alcool, le tabac et le cannabis.

Éducation et formation

Presque toutes les séances de consultation des deux phases ont fait ressortir la nécessité de s'attaquer à la stigmatisation en luttant contre la désinformation et en faisant la promotion de conversations et de récits sur le mieux-être. L'éducation et la formation joueront un rôle important dans le changement de ces conversations, et les participants y ont vu un endroit propice où commencer à apporter des changements. Les participants croient également que les normes ont un rôle important à jouer dans l'établissement de programmes d'enseignement, de programmes de formation et de campagnes de sensibilisation du public partout au pays, car ces normes assurent une information exacte et enracinée dans la compassion envers les personnes ayant une expérience vécue ou présente.

Les participants ont déclaré que, compte tenu de la tendance préoccupante des fournisseurs de services et des médecins qui se fient à de l'information jugée dépassée ou dangereuse, il faut investir dans la formation et l'éducation continues sur les soins en SMSCS. Cela pourrait comprendre l'inclusion obligatoire de contenu sur les défis liés à la SMSCS dans les programmes scolaires, ainsi que des ressources et du soutien entourant les options de soins en SMSCS qui peuvent être offertes et les meilleures façons de les offrir et de les mettre en œuvre d'une manière compatissante et axée sur la personne. Les fournisseurs et les praticiens devraient également être informés des autres services qui répondent aux besoins essentiels, comme le logement et l'emploi, qui peuvent également être offerts et intégrés dans le parcours vers le mieux-être d'une personne.

« Lancer une campagne d'éducation des fournisseurs de services et du public sur la santé mentale et la santé liée à l'utilisation de substances comme moyen de réduire la stigmatisation. »

Au-delà de l'espace réservé aux soins, les participants ont encouragé l'investissement dans l'éducation du grand public sur les défis et les possibilités en SMSCS, y compris des campagnes de sensibilisation et d'éducation visant à mieux outiller les gens pour qu'ils puissent parler des soins en SMSCS et normaliser les conversations à ce sujet. Bien que les participants aient reconnu que la stigmatisation omniprésente et d'autres obstacles pourraient empêcher les aînés de discuter ouvertement de leurs points de vue et de leurs expériences, il est possible de commencer à avoir des conversations dans les écoles au sujet du mieux-être mental et des relations des gens avec les substances et la santé liée à l'utilisation de substances d'une manière ressemblant à la façon dont l'éducation sexuelle est déjà offerte.

Une autre idée mise en évidence au cours de plusieurs séances était la nécessité d'investir dans la formation sur la désescalade et d'autres programmes d'éducation axés sur la compassion pour les forces de l'ordre et les autres intervenants d'urgence. Afin d'atténuer les dommages et même les décès causés par les interventions actuelles, certains participants ont suggéré la création de programmes d'apprentissage expérientiel, construits aux côtés de personnes ayant une expérience vécue ou présente, qui aideraient la police, les professionnels de la santé et les fournisseurs de services vivant comme des personnes sans logement. On espérait que leur participation à ce type de programme susciterait de l'empathie, une réflexion sur la stigmatisation subie par les gens et le renforcement du besoin d'interventions sanitaires et communautaires en réponse aux crises liées à la SMSCS.

Les participants ont insisté sur le fait que tout programme de formation et d'éducation ou toute prestation de services devrait être conçu et mis en œuvre de concert avec des personnes ayant une

expérience vécue ou présente afin d'accroître leur représentativité, de réduire la stigmatisation et de redistribuer les ressources vers elles et leur expérience.

Expérience vécue ou présente

Les participants ont insisté sur l'objectif primordial d'humaniser et de rapprocher les points de vue et les expériences des personnes ayant une expérience vécue ou présente. Ils étaient d'avis que la plupart des gens avaient une certaine expérience de vie, mais que la stigmatisation de la SMSCS les obligeait à ignorer ou à cacher ces éléments de leur identité. Il est essentiel de mettre en lumière et de fournir des plateformes pour les histoires positives, négatives et entre les histoires de personnes ayant une expérience vécue ou présente et leurs réflexions et leurs idées sur ce qui les aide le plus dans leur parcours vers le mieux-être.

Les participants à la première et à la deuxième phase ont répété qu'il fallait que des personnes ayant une expérience vécue ou présente orientent la conception et la mise en œuvre des programmes et des services et qu'elles soient représentées aux tables de prise de décisions comme une autre étape vers l'inclusion et l'équité. Cette représentation comprendrait une invitation à collaborer à l'établissement et à l'évaluation de normes nationales sur les soins en SMSCS.

Mesures stratégiques

Bien qu'un peu au-delà de la portée de l'examen du rôle de la normalisation dans l'amélioration du système de SMSCS au Canada, les participants aux première et deuxième étapes de la consultation ont également offert des points de vue sur les questions de politique qui pourraient contribuer à un meilleur système. Ils ont expliqué qu'il est important de créer un environnement stratégique dans lequel les différentes approches de la prestation de services sont des options pondérées également parmi lesquelles une personne peut choisir et qui la rapprochera de ses objectifs de mieux-être.

Les participants ont mis en lumière les politiques liées au consentement, y compris le consentement à faire participer les familles ou les proches et le consentement à échanger de l'information sur une personne qui cherche à obtenir des soins pour eux ou pour des fournisseurs de services. Les participants ont également discuté de la question des soins en cure obligatoire et de la question de savoir s'il devrait y avoir des politiques qui pourraient déclencher l'admission automatique d'une personne sans son consentement. En particulier au cours de la deuxième phase, les participants ont fait valoir qu'il est nécessaire de revoir les politiques existantes, en veillant à ce que les bonnes mesures de protection soient en place, mais en les assouplissant selon la situation. Les participants ont suggéré qu'en ce qui concerne les relations familiales, il faut adopter une approche plus nuancée des questions d'éthique et de droits de la personne qui respecte l'autonomie des personnes, mais qui tient également compte de la participation de la famille, dans la mesure du raisonnable, dans les cas où les personnes sont incapables de prendre soin d'elles-mêmes.

Dans le cadre du système de SMSCS, les participants ont indiqué que l'adoption de nouvelles politiques, comme la décriminalisation des substances et la fourniture d'un approvisionnement sûr de substances, contribuerait grandement à régler les problèmes systémiques et les obstacles qui en résultent comme causes profondes des préjudices et des iniquités subis dans l'ensemble du pays. Ils ont suggéré qu'en s'appuyant sur les données probantes existantes et l'expérience, les décideurs pourraient s'inspirer des réussites d'autres administrations ou d'autres pays en ce qui concerne les apprentissages et les pratiques exemplaires qui pourraient être appliqués à la décriminalisation ou à l'approvisionnement sécuritaire.

De plus, les participants ont exprimé le besoin d'examiner les politiques qui ne relèvent pas des soins en SMSCS, y compris les politiques relatives aux logements avec services de soutien, aux logements subventionnés et aux partenaires de prestation de services privés. Ils ont expliqué qu'il existe plusieurs programmes de logement qui placent les personnes ayant des problèmes de SMSCS dans des environnements dangereux sans reconnaître les risques pour elles. Ces programmes, y compris les programmes de logement pour un seul occupant en Colombie-Britannique, peuvent nuire à la santé mentale des gens et, dans bien des cas, doivent faire l'objet de la même surveillance et de la même normalisation que les autres services offerts dans le cadre de la SMSCS. Un autre exemple est celui des partenaires de prestation de services privés, comme les pharmacies, dont certains membres de la collectivité sont mal desservis tout en faisant payer le gouvernement provincial pour des services qui n'ont peut-être pas été fournis. Les participants ont recommandé que ces services soient évalués et normalisés de la même façon.

Mesures de normalisation

Les participants aux première et deuxième étapes de la consultation considéraient les normes nationales, si elles étaient élaborées et mises en œuvre correctement, comme un outil permettant d'établir et de garantir des soins de grande qualité qui pourraient mener à des résultats positifs en matière de mieux-être. Les participants à la première phase ont formulé plusieurs recommandations sur la façon d'exploiter concrètement les normes d'une façon qui accorde la priorité au mieux-être et aux soins centrés sur la personne.

Les participants de la première phase ont déclaré qu'il devrait y avoir un mécanisme par lequel les personnes qui demandent des soins et leurs proches aidants pourraient fournir une rétroaction sur leur expérience des services par rapport aux normes dans le système, créant ainsi une voie vers la responsabilisation dans les cas où les services ne fonctionnent pas comme ils le devraient ou causent un préjudice aux personnes. Pour appuyer cette recommandation, les participants ont suggéré de désigner un protecteur du citoyen qui serait chargé de recevoir les plaintes, de mener les enquêtes et de tenir les services et les gouvernements responsables par rapport aux normes.

Les participants ont répété tout au long des conversations que, bien que les normes puissent jouer un rôle dans le renforcement de la qualité des services fournis par les organismes de santé, le véritable avantage viendra de la surveillance active et proactive, du suivi, de la production de rapports et de l'évaluation par rapport à ces normes par le gouvernement. Ils ont suggéré que le financement des soins de santé soit lié à des normes régissant les soins, ce qui pourrait comprendre l'ajustement du financement aux provinces, aux territoires ou aux fournisseurs de services qui ne respectent pas certains niveaux de soins selon ces normes.

Les participants de la deuxième phase ont convenu que le financement accordé aux gouvernements et aux fournisseurs de services devrait être lié à leur capacité de respecter les normes, mais que cette affectation ne devrait pas alourdir le fardeau administratif des fournisseurs et des programmes en matière de planification, de mise en œuvre, d'évaluation et de production de rapports. Les participants ont également dit que les normes peuvent aller au-delà de la prestation de services et interagir avec l'éducation du public, les programmes d'études et la formation professionnelle comme moyen d'introduire la normalisation dans les systèmes adjacents.

Enfin, et c'est important, les participants de la première et à la deuxième phases ont vu le potentiel offert par les normes, mais craignaient qu'elles ne renforcent les types de services uniformes qui ont

conduit aux nombreux préjudices décrits dans l'état actuel des soins. Ils ont recommandé que le principe des soins centrés sur la personne soit priorisé dans la normalisation comme moyen d'équilibrer l'uniformité des soins avec la souplesse, la réactivité et la compassion requises pour des services efficaces. Comme nous l'avons déjà dit, l'une des façons de faire en sorte que les normes soient centrées sur la personne, c'est par l'élaboration et l'évaluation en collaboration par des personnes ayant une expérience vécue ou présente.

Conclusion

Le processus national de consultation entrepris par Hill and Knowlton au nom du Conseil canadien des normes et du Collectif national de normalisation en matière de santé mentale et de consommation de substances a permis de recueillir les enseignements de plus de 150 personnes de partout au pays au sujet de leurs points de vue et de leur expérience de l'accès aux services actuels de santé mentale et de santé liée à l'utilisation de substances, ainsi que leur vision idéale des services de SMSCS à l'avenir et les mesures clés qui sont nécessaires pour faire progresser le système de façon équitable et compatissante.

Les participants à la consultation comprennent généralement que les normes et l'accréditation ont un rôle important à jouer dans le renforcement du système de SMSCS afin d'obtenir de meilleurs résultats pour les personnes vivant au Canada. Ces normes sont perçues par les participants comme quelque chose qui peut assurer un niveau élevé de qualité de service, créer des voies de responsabilisation autour de la prestation de services et aider à évaluer la force du système et des programmes et services individuels.

Les participants croient que des personnes ayant une expérience vécue ou présente devraient être présentes aux tables de prise de décisions lors de la création et de la mise en œuvre de ces normes et mécanismes d'évaluation. Plusieurs participants ont exprimé leur gratitude envers le CCN pour la poursuite des conversations sur la normalisation des soins en SMSCS dans les collectivités et dans les espaces où ils pouvaient échanger leurs points de vue et leurs expériences ouvertement et authentiquement.

Tout au long du processus de consultation, les participants ont partagé une réalité bien connue, à savoir que l'état actuel des services en SMSCS est celui d'un système défaillant. Il y a des services fragmentés qui fonctionnent en silo et avec des philosophies conflictuelles qui ne peuvent pas être coordonnés avec d'autres services à l'intérieur ou à l'extérieur de la portée du système de SMSCS. Il y a des obstacles structurels ancrés dans le système qui limitent la capacité des gens d'accéder aux services, qui causent des préjudices inutiles et, dans bien des cas, qui coûtent la vie à des gens. En même temps, il y a des exemples positifs de bon travail qui se fait, mais seulement grâce à l'investissement de temps et d'efforts que le personnel optimiste et inspirant peut offrir.

Les participants rêvent d'un état futur des soins en SMSCS qui prend des mesures pour garder les gens en vie et rendre les soins plus accessibles. Ils imaginent des services centrés sur la personne et tenant compte des traumatismes qui comprennent les soins en SMSCS comme un élément clé de l'ensemble des soins de santé humaine. Ils envisagent les obstacles qui seront éliminés, depuis le coût jusqu'aux

critères d'exclusion, et les façons dont les gens peuvent être soutenus tout au long de leur parcours vers le mieux-être sous toutes les formes qui leur conviennent le mieux.

Ils considèrent que « chaque porte est la bonne porte », ce qui mène les gens vers un centre contenant de l'information sur les options de service, les droits aux soins et un guide amical pour les aider en cours de route. Ils voient aussi l'intégration harmonieuse des services en SMSCS à d'autres systèmes de soutien comme le logement, l'emploi, la protection de l'enfance et les programmes d'aide sociale, fournissant un réseau coordonné de soutien qui peut entourer une personne et l'aider dans tous les aspects dont elle a besoin.

Les participants ont exploré les étapes et les mesures nécessaires pour faire passer les soins en SMSCS de leur état actuel à leur état futur idéal, y compris les mesures visant à maintenir les gens en vie et à réduire les méfaits pour les gens maintenant. Ils ont parlé de mesures stratégiques, nouvelles et renouvelées, pour combler les lacunes structurelles existantes. Ils ont mentionné d'importantes premières étapes, comme le centre, l'augmentation du financement et des ressources, et l'investissement dans différents types de services pour répondre à divers points forts et besoins, tout cela dans le but d'accroître la capacité du système et d'en assurer la durabilité. Un élément important du casse-tête consiste également à sensibiliser, à offrir de la formation et de l'éducation et, en fin de compte, à aider les gens à se sentir plus à l'aise de parler de leurs propres perspectives et expériences, surtout à un jeune âge.

D'un bout à l'autre du Canada, les participants ont dit que les solutions existent et que les gens qui travaillent sur le terrain chaque jour, y compris ceux qui s'occupent d'eux-mêmes, savent ce qu'il faut faire et où investir pour renforcer le système de SMSCS au Canada. Ce n'est pas une question de recherche pour eux, mais une question de mise en œuvre que le gouvernement doit maintenant entreprendre avec l'appui et l'orientation de ceux qui connaissent le mieux le système.

Les participants croient qu'il est possible d'améliorer l'état de santé de la population canadienne, à la suite d'un parcours individuel et collectif vers le mieux-être autodéfini. C'est pour bientôt. Tout ce qu'il faut maintenant, c'est une feuille de route et une volonté d'y arriver.

Annexe E



COLLECTIF NATIONAL DE
NORMALISATION EN MATIÈRE DE
SERVICES DE SANTÉ MENTALE ET
DE SANTÉ LIÉE À LA
CONSOMMATION DE SUBSTANCES

REMETTRE EN QUESTION LE RACISME ET INSTAURER L'ÉQUITÉ DANS LES
SYSTÈMES DE SMSLCS DANS UN CONTEXTE DE NORMALISATION

26 mars 2024



TABLE DES MATIÈRES

Table des matières	174
1. Résumé	175
2. Méthodes	176
2.1 Analyse documentaire	176
2.2 Engagements	176
2.3 Limites.....	177
3. Introduction	177
4. Les multiples visages du racisme	178
4.1 Intersections de l’oppression.....	179
5. Impact du racisme sur les personnes et les communautés	179
6. Manifestations de racisme au sein de la SMSLCS	181
6.1 Obstacles aux soins	181
7. Aperçu du contenu des normes	183
7.1 Législation	183
7.2 Humilité culturelle, sécurité et antiracisme.....	184
7.3 Soins tenant compte des traumatismes et de la violence	185
7.4 Représentation, recrutement et rétention	185
7.5 Outils, programmes et services propres à la communauté ou à la culture	186
7.6 Normes actuelles	189
8. Domaines à prendre en considération : Développement et mise en œuvre	189
9. Conclusion	192
Ouvrages cités	193

1. RÉSUMÉ

En 2019, le CCN a publié un rapport sur le genre et la normalisation, qui souligne que les normes ne sont pas neutres dans leur incidence — elles sont façonnées par les personnes qui participent à leur élaboration et à leur mise en œuvre. Le rapport met en évidence un constat préoccupant : les normes n’offrent pas le même niveau de protection aux femmes qu’aux hommes, en partie à cause de la sous-représentation des femmes dans l’élaboration des normes et du manque d’expertise en matière de genres dans le processus. Pour remédier à cette disparité, le CCN a élaboré une Stratégie de normalisation adaptée aux genres visant à accroître la représentation des genres, à intégrer l’expertise en matière d’égalité des genres à la normalisation et à mener des recherches pour cerner et corriger les inégalités entre les genres. En conséquence, les considérations de genre ont gagné en importance au sein du CCN, et le leadership national contribue également à intégrer ces considérations à l’élaboration des normes internationales.

En s’appuyant sur le succès des efforts déployés par le CCN pour promouvoir des normes tenant compte des questions de genre, une approche similaire pourrait être étendue aux questions d’équité et de lutte contre le racisme, favorisant ainsi un système de normalisation plus représentatif et plus équitable. Initialement axée sur les normes en matière de santé mentale et de santé liée à la consommation de substances, cette approche pourrait éventuellement englober un examen plus large du racisme systémique dans l’ensemble du système.

Pour faciliter cette expansion, le CCN a engagé le Firelight Group (Firelight) pour soutenir la rédaction de ce chapitre au moyen d’une analyse documentaire et de plusieurs séances/entrevues avec personnes autochtones, noires et de couleur (PANDC) provenant en grande partie des membres du Collectif et ce, dans le but de rédiger un rapport pour la feuille de route qui explore les défis uniques auxquels sont confrontées les communautés racisées, en particulier les PANDC, qui font face à des obstacles disproportionnés à l’accès à des soins de qualité en raison du racisme et de la discrimination. En explorant l’intersection du racisme et de la SMSLCS, le rapport vise à fournir une compréhension globale des déterminants sociaux complexes qui influencent les résultats dans ces domaines. Il met l’accent sur l’adoption d’approches antiracistes dans la prestation des soins de santé afin de garantir un accès et un soutien équitables à toutes les personnes, indépendamment de leur origine ou de leur appartenance ethnique.

Le racisme est présent à différents niveaux des systèmes de SMSLCS, depuis les préjugés interpersonnels jusqu’à la discrimination institutionnalisée. Les personnes PANDC sont souvent confrontées à des obstacles aux soins, à des services peu adaptés à la culture et sont touchées de manière disproportionnée par la surcriminalisation qui façonne les parcours de soins. Ces défaillances systémiques exacerbent les problèmes de santé mentale et de consommation de substances, entraînant de moins bons résultats en matière de santé et perpétuant les cycles de marginalisation.

Pour lutter efficacement contre le racisme au sein des systèmes de santé mentale et de santé liée à la consommation de substances, une approche à multiples facettes est nécessaire :

- *Réformes législatives* : Donner la priorité à l’accès équitable aux soins grâce à des mesures législatives qui reconnaissent et abordent les obstacles systémiques auxquels sont confrontées les communautés PANDC.

- *Cadres d'humilité culturelle et de lutte contre le racisme* : Adopter des cadres d'humilité culturelle et de lutte contre le racisme pour la prestation de services qui tiennent compte des expériences et des besoins des diverses communautés et qui engendrent une transformation des programmes et des systèmes.
- *Programmes axés sur la communauté* : Développer des programmes sur mesure fondés sur des approches basées sur les points forts, en reconnaissant et en tirant parti de la résilience et des atouts des communautés PANDC.
- *Suivi et évaluation* : Mettre en œuvre des mécanismes solides de suivi et d'évaluation des progrès, élaborés en collaboration avec les communautés, afin de cerner les domaines à améliorer et de responsabiliser les institutions.

Chacun de ces domaines clés doit être entrepris en partenariat avec les communautés racisées elles-mêmes afin de garantir que les approches en matière de politiques et de programmes répondent à leurs besoins et à leurs aspirations spécifiques et respectent l'autodétermination et le pouvoir des divers peuples de s'exprimer eux-mêmes.

En mettant l'accent sur la lutte contre le racisme et l'équité dans l'élaboration des normes, le Collectif vise à démanteler le racisme systémique au sein des systèmes de santé mentale et de santé liée à la consommation de substances et à ouvrir la voie à une plus grande équité et à une plus grande inclusion. Cela comprend un partenariat avec les personnes, les communautés et les organisations PANDC, la détermination de pratiques efficaces pour prévenir le racisme et le contrer, et la garantie que les normes contribuent activement au démantèlement des inégalités systémiques. Des efforts continus pour amplifier la voix des communautés PANDC, plaider en faveur de réformes législatives et favoriser des partenariats fondés sur l'équité et la lutte contre le racisme sont indispensables pour créer un système de soins de santé qui soit véritablement au service de chaque personne, quelle que soit sa race ou son appartenance ethnique, et qui l'encourage.

2. MÉTHODES

L'élaboration de ce chapitre a nécessité une analyse documentaire et un nombre limité d'engagements de la part des membres PANDC du Collectif de normalisation en matière de SMSLCS.

2.1 ANALYSE DOCUMENTAIRE

L'analyse documentaire a consisté à passer en revue la littérature grise et les articles universitaires existants, y compris les articles de recherche, les rapports, les documents politiques et les rapports d'événements sur plusieurs sujets, notamment les impacts du racisme sur la santé mentale des PANDC, le racisme auquel sont confrontées les PANDC au sein de la SMSLCS, et les recommandations visant à lutter contre le racisme et à instaurer l'équité au sein des systèmes de SMSLCS, y compris l'élaboration de normes en matière de lutte contre le racisme et d'équité.

2.2 ENGAGEMENTS

Firelight a réalisé quatre entrevues/groupes de discussion semi-structurés avec un total de sept informateurs clés entre le 8 et le 26 mars 2024. L'objectif de ces engagements était de :

- Recueillir des renseignements sur les pratiques ou les approches antiracistes qui peuvent être apprises des membres du Collectif en matière de SMSLCS afin de promouvoir l'équité et l'inclusion dans le système de normalisation, en particulier dans les services de SMSLCS.
- Mieux comprendre les expériences des PANDC accédant aux services de SMSLCS au Canada, y compris les points forts, les obstacles et les défis dans le paysage actuel des services; et,
- Établir les principes antiracistes dans l'élaboration des normes en matière de SMSLCS et veiller à ce que les normes élaborées contribuent à démanteler le racisme systémique et à renforcer l'équité, créant ainsi une passerelle vers un système de soins de santé plus inclusif et plus juste.

Les participants ont été incités à parler de leur expérience de la manière qui les mettait le plus à l'aise, que ce soit en racontant une histoire ou en ajoutant des commentaires dans la boîte de dialogue. Les participants ont également été incités à donner la priorité à leur propre mieux-être mental, au cas où un contenu les mettrait mal à l'aise.

2.3 LIMITES

Les renseignements présentés dans ce rapport sont fondés sur les commentaires recueillis pendant un nombre réduit de consultations initiales auprès des membres PANDC du Collectif national de normalisation en matière de SMSLCS et d'une analyse documentaire. Bien que ce chapitre soit un regard important sur les considérations relatives aux normes de lutte contre le racisme et d'équité en ce qui a trait à la SMSLCS, il doit être considéré comme une première étape d'un parcours plus long qui comprendra un engagement profond et un développement conjoint avec les personnes et les groupes de PANDC en vue de l'élaboration de normes de lutte contre le racisme et d'équité. En fait, l'importance du développement conjoint était un thème presque universel parmi nos participants.

3. INTRODUCTION

Le racisme est un problème omniprésent, profondément ancré dans divers aspects de la société, y compris dans les systèmes de santé mentale et de santé liée à la consommation de substances (SMSLCS), aux niveaux épistémique, systémique et interpersonnel. Dans le contexte de la SMSLCS, le racisme peut se manifester de nombreuses façons et avoir un impact sur l'accès, la qualité et les résultats des soins pour les communautés racisées, notamment les personnes autochtones, noires et de couleur (PANDC), ainsi que les populations d'immigrants et de réfugiés. La lutte contre le racisme dans ces systèmes n'est pas seulement une question de justice sociale, elle est également essentielle pour améliorer les résultats en matière de santé et parvenir à l'équité en matière de santé.

Ce chapitre explore l'intersection du racisme et de la SMSLCS, en soulignant les défis auxquels sont confrontées les communautés racisées et en déterminant des stratégies pour faire progresser la lutte contre le racisme et atteindre l'équité dans ces domaines critiques, y compris en mettant l'accent sur les normes. En examinant les recherches, les pratiques et les documents politiques actuels, ce document vise à fournir des idées et des recommandations à prendre en considération dans le cadre de la poursuite du dialogue sur les normes en matière de SMSLCS.

4. LES MULTIPLES VISAGES DU RACISME

Les racines du racisme sont profondes dans la société et dans les systèmes de SMSLCS, émergeant aux niveaux interpersonnel, institutionnel, systémique et épistémique. Ces formes de racisme sont interconnectées et se renforcent mutuellement, conduisant à des schémas complexes et enracinés de discrimination et d'inégalité. Le dévoilement de ces racines est la première étape d'une réponse globale qui s'attaque au racisme à tous les niveaux.

L'une des formes les plus reconnaissables de racisme est le **racisme interpersonnel**, qui se produit entre les personnes. Dans le contexte de ce travail, il peut être observé dans les interactions entre un praticien de santé et une personne racisée et peut impliquer des actes de violence physique ou émotionnelle ou de discrimination. Le racisme interpersonnel peut être manifeste ou plus subtil, se manifestant par de petites actions ou inactions. De nombreuses formes de racisme sont enracinées dans les stéréotypes, qui sont des perceptions déformées des groupes sociaux qui ne représentent pas fidèlement leur diversité. Ces stéréotypes peuvent avoir un impact négatif sur les relations entre les personnes et les groupes, en conduisant à des hypothèses dommageables sur les traits ou les comportements de groupes racisés entiers (Walker, 2008, cité dans Reading, 2013).

Le **racisme systémique** renvoie aux façons spécifiques dont le racisme

est ancré dans les politiques et les pratiques des institutions et des organisations. Le racisme systémique opère directement ou indirectement pour maintenir les structures de pouvoir et les avantages dont jouissent les groupes dominants. Il se traduit par une répartition inégale des ressources et des récompenses économiques, sociales et politiques entre les différents groupes « raciaux » (Centre for Addictions and Mental Health, 2021, p. 24).

Au sein de la SMSLCS, cela peut se manifester par un accès inéquitable aux ressources, aux programmes et aux services, par des politiques et des pratiques explicitement ou implicitement discriminatoires à l'égard des groupes racisés, par le manque de diversité au sein de la main-d'œuvre, y compris aux postes de direction, par le profilage racial, par des résultats disparates et par une sous-représentation dans la recherche, entre autres.

Un rapport récent du First Peoples Wellness Circle (FPWC) et de la Thunderbird Partnership Foundation (TPF) cite le **racisme épistémique** au sein de la SMSLCS comme un obstacle persistant à l'atteinte de l'équité dans les programmes/services et les résultats pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis au Canada (2023).¹ Le rapport définit le racisme épistémique comme « un type de racisme qui dévalorise certaines formes de connaissances et certains détenteurs de connaissances » (FPWC et TPF, 2023, p. 9). De même, plusieurs études ont cité le racisme épistémique, notamment les systèmes construits à partir de l'eurocentrisme et répondant à celui-ci, comme ayant un impact négatif sur la santé et le bien-être de l'ensemble de la communauté de PANDC (Mfoafo-M'Carthy, 2014; Fante-Coleman et Jackson-Best, 2020).

Un autre terme important qu'il convient de définir est celui de traumatisme intergénérationnel, qui désigne « la transmission d'un traumatisme d'une génération à l'autre » (Ereyi-Osas, Song, Kalim et Kekulawala, 2020). Dans *First People, Second Class Treatment*, les auteurs Allan et Smylie décrivent le traumatisme intergénérationnel au sein des communautés autochtones comme « la

¹ Ce rapport a été élaboré par le Firelight Group pour le compte du FPWC et du TPF.

rupture de l'identité, de la famille et de la communauté perpétrée par [le colonialisme]... [qui] a eu des répercussions durables et intergénérationnelles, interférant de manière substantielle ou empêchant complètement la transmission des valeurs, des croyances et des pratiques, y compris les pratiques parentales » (Allan et Smylie, 2015) Ces effets intergénérationnels se font sentir dans de nombreuses communautés racisées, comme les Noirs canadiens où « les expériences quotidiennes de traumatisme racial peuvent être associées à un traumatisme historique lié à l'histoire coloniale du Canada, à son implication dans l'exploitation des esclaves africains ou des descendants d'esclaves, ou à des histoires liées aux expériences en tant que réfugiés » (Ereyi-Osas, Song, Kalim et Kekulawala, 2020).

4.1 INTERSECTIONS DE L'OPPRESSION

En général, la stigmatisation qui entoure la SMSLCS reste un obstacle important pour de nombreuses personnes à la recherche d'un soutien et d'un traitement. Cette stigmatisation découle souvent d'idées fausses, de la peur et d'un manque de compréhension, ce qui conduit à la discrimination et à l'exclusion sociale. Elle a non seulement un impact sur l'estime de soi et le bien-être mental des personnes, mais elle les empêche également de chercher de l'aide. Et ce, avant même d'aborder les différents facteurs démographiques, comme la race et l'appartenance ethnique, qui peuvent aggraver la stigmatisation.

Les personnes racisées sont souvent confrontées à des discriminations fondées sur des systèmes de pouvoir et de privilèges multiples et interconnectés, notamment la race, le genre, la sexualité, la religion, l'âge, les capacités et le statut socio-économique (Skosireva et al., 2014; Anucha, Srikanthan, Siad-Togane et Galabuzi, 2017). La crise des femmes et les filles autochtones disparues et assassinées (FFADA) en est un exemple frappant. Elle démontre l'issue tragique des systèmes d'oppression qui créent une hiérarchie sociale où les femmes et les filles autochtones, ainsi que les personnes 2ELGBTQIA+, sont rendues vulnérables à la « violence individuelle, institutionnelle et systémique » (Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées, 2019). Un autre exemple est le chevauchement des systèmes d'oppression liés à l'âge, à la race, au genre et parfois à la religion, qui a donné lieu à une surveillance et à une criminalisation accrues des jeunes hommes noirs (Anucha, Srikanthan, Siad-Togane et Galabuzi, 2017; Fante-Coleman, Booker, Craigg, Plumber et Jackson-Best, 2022). Il est essentiel de comprendre ces intersections pour mettre au jour et remettre en question les façons dont les personnes originaires de divers endroits font l'expérience du racisme, y compris au sein des systèmes de SMSLCS.

5. IMPACT DU RACISME SUR LES PERSONNES ET LES COMMUNAUTÉS

Le racisme, dans toutes ses manifestations, a un impact profond sur la santé et le bien-être physique, mental, spirituel et émotionnel des personnes et des communautés racisées, avant même de considérer comment le racisme au sein des systèmes de SMSLCS contribue à de mauvais résultats (Black Health Alliance, 2015; Fung et Guzder, 2021; Williams, Khanna Roy, MacIntyre et Faber, 2022; Dayo, s.d; Rodrigues et col, 2019; Kogan, Noorishad, Ndengeyingoma, Guerrier et Cénat, 2022; Lee, Kellett, Seghal et Van den Berg, 2017). La discrimination et les préjugés peuvent entraîner un stress chronique, de l'anxiété, une dépression et des traumatismes, contribuant ainsi au développement de troubles de santé mentale. Williams, Khanna Roy, MacIntyre et Faber (2022) proposent le diagramme ci-dessous pour démontrer comment le racisme individuel et collectif, historique et contemporain, génère de mauvais

résultats en matière de santé mentale, allant de l'anxiété et de la dépression à l'état de stress post-traumatique (ÉSPT).

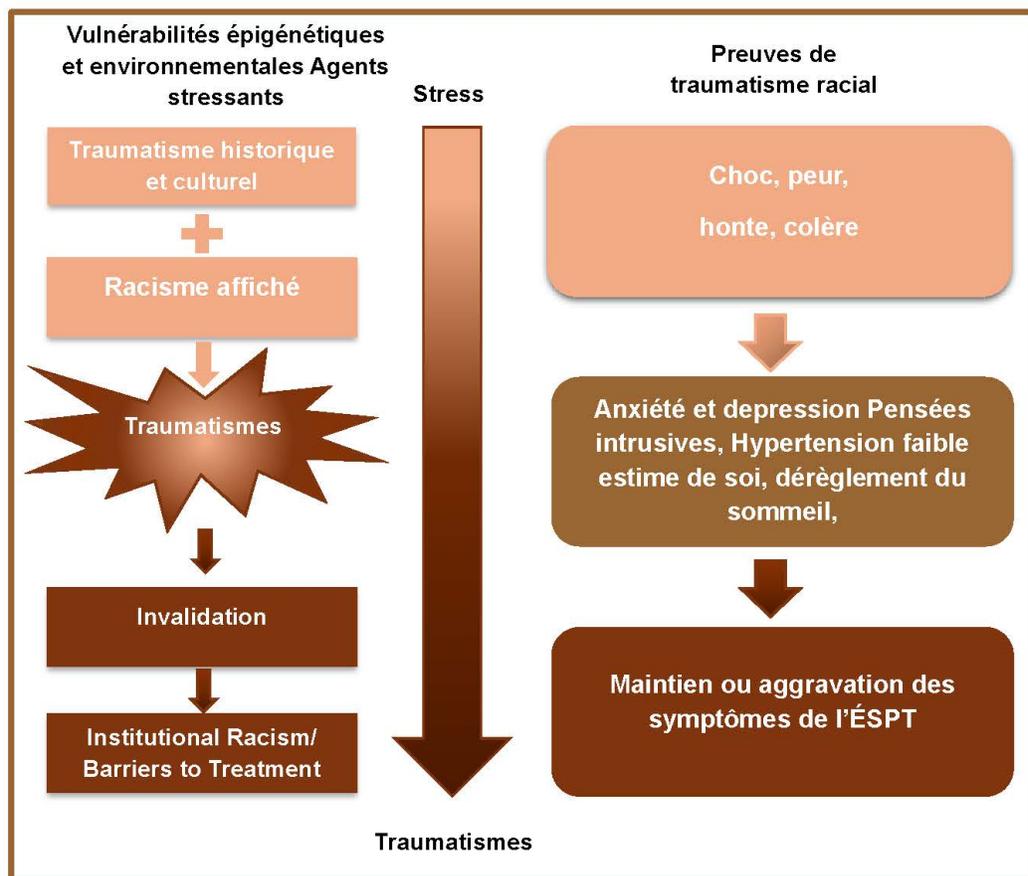


Figure 1— Effets cumulatifs du stress et des traumatismes raciaux, d'après Williams, Khanna Roy, MacIntyre et Faber, 2022, p. 19, figure 2.

Le stress chronique causé par le racisme a également des répercussions sur la santé physique, notamment des taux plus élevés d'hypertension, de diabète et de maladies cardiovasculaires parmi les populations racisées. Dans de nombreux cas, cette situation est aggravée par les obstacles socio-économiques qui découlent du racisme et le renforcent, comme la pauvreté et le manque de logements adéquats.

De plus, étant donné le lien entre le racisme et le stress chronique, il n'est pas surprenant que certaines personnes racisées qui vivent avec le racisme interpersonnel, systémique et épistémique consomment des substances pour faire face à la situation. Par exemple, Cheyenne Johnson et le Dr Nel Wieman de l'Autorité sanitaire des Premières Nations de la Colombie-Britannique notent :

Les traumatismes intergénérationnels subis par les nombreuses familles qui ont survécu au système des pensionnats et à d'autres politiques racistes du gouvernement fédéral et des gouvernements provinciaux, y compris la « rafle des années 1960 », sont pour bon nombre de personnes une cause profondément enracinée de la consommation nocive de substances, de la dépendance et de la maladie mentale. Chez les membres des Premières Nations ayant subi un traumatisme, la probabilité de consommer des

substances comme les opioïdes de manière nocive est 2,9 fois plus élevée que chez les personnes n'ayant pas subi de traumatisme (2021).

Cela montre que l'oppression peut se manifester et se sentir différemment d'une communauté à l'autre. Par exemple, la réalité du colonialisme de peuplement au Canada, où les peuples autochtones ont été dépossédés de leurs terres, de leurs valeurs, de leurs systèmes de gouvernance et de leurs visions du monde et où les personnes non autochtones continuent de bénéficier de cette dépossession, est un type spécifique de douleur et de traumatisme. La source du traumatisme racial est différente pour les réfugiés, les jeunes Noirs, etc. Il est essentiel de comprendre cela, tant pour comprendre le lien entre le racisme et les résultats de la SMSLCS que pour élaborer des réponses significatives au racisme au sein de la SMSLCS.

6. MANIFESTATIONS DE RACISME AU SEIN DE LA SMSLCS

Non seulement le racisme contribue aux problèmes de santé mentale et de consommation de substances chez les personnes racisées, mais il peut également être présent au sein même des systèmes de SMSLCS qui sont censés offrir des soins et une guérison à tous. De la personne à l'épistémè, la section suivante met en lumière la manière dont le racisme peut émerger dans le contexte de la SMSLCS. Bien que nous donnions un aperçu général de la façon dont le racisme émerge au sein de la SMSLCS, il est également important de reconnaître que le racisme peut se présenter différemment selon les groupes racisés. Il est essentiel de reconnaître ces différences et d'en tenir compte lors de la création de programmes et de services de SMSLCS sûrs et adaptés à la culture.

6.1 OBSTACLES AUX SOINS

L'inattention persistante aux besoins des personnes racisées en matière de santé mentale et de santé liée à la consommation de substances au Canada est le reflet et le résultat d'un racisme profondément enraciné (FPWC et TPF, 2023). Il s'agit notamment de l'absence de services pour les personnes vivant dans certaines zones géographiques et du manque de prise en compte des obstacles sociaux et économiques auxquels sont confrontées de nombreuses personnes racisées à la recherche de soins (Mahabir et coll., 2021; Black Health Alliance, 2015; Fante-Coleman et Jackson-Best, 2020). Parmi les autres obstacles figurent les longs délais d'attente pour avoir accès aux programmes existants, le coût élevé des services non assurés, la lourdeur administrative et les politiques restrictives pour les personnes en quête de soins, ainsi que le cloisonnement des services (McKenzie, Agic, Tuck et Antwi, 2016; Fante-Coleman, Booker, Craigg, Plumber et Jackson-Best, 2022). De plus, les barrières linguistiques demeurent un obstacle persistant, en particulier pour les populations d'immigrants et de réfugiés, à l'accès à des services de SMSLCS adéquats (McKenzie, Agic, Tuck et Antwi, 2016; Godkhindi, Nussey et O'Shea, 2022; Mahabir et coll., 2021; Goodfellow et Kouri, 2022). Enfin, la stigmatisation, l'autostigmatisation, la peur et le manque de compréhension du mieux-être mental ou des services disponibles peuvent empêcher les personnes racisées d'accéder aux soins (Fante-Coleman et Best, 2020).

Le manque de programmes et de services sûrs et pertinents sur le plan culturel est un obstacle persistant aux soins pour les PANDC au Canada, enraciné dans la croyance raciste, parfois inconsciente, de la suprématie des manières eurocentriques de savoir, d'être et de faire (FPWC et TPF, 2023; Godkhindi, Nussey et O'Shea, 2022; Mahabir et coll., 2021; Levy, Ansara et Stover,

2013). Des communautés différentes ont besoin de programmes et de services différents pour répondre à leurs conceptions culturelles et à leurs besoins matériels. Par exemple, une étude réalisée en 2019 a révélé que de nombreux immigrants et réfugiés « clients pensaient que la maladie mentale était un concept occidental utilisé par les professionnels de la santé. Les clients préféraient s'adresser à leur famille, à leurs amis ou à leurs chefs spirituels pour faire part de leurs préoccupations ou pour recevoir un soutien en cas de stress de la vie et n'étaient pas à l'aise de parler avec des professionnels de la santé » (Salami, Salma et Hegadoren, 2019).

De même, de nombreux peuples autochtones préfèrent des soins centrés sur le savoir autochtone, y compris « les pratiques de guérison traditionnelles, les pratiques liées à la terre, la reconnexion culturelle, les contes et les traditions orales, les soins centrés sur la famille et la communauté, les approches holistiques... et les soins centrés sur la guérison » (FPWC et TPF, 2023). Il y a également un manque de programmes en matière de SMSLCS qui s'attaquent aux déterminants sociaux de la santé (DSS) qui ont un impact sur la santé mentale des PANDC au Canada. (Salami, Salma et Hegadoren, 2019; FPWC et TPF, 2023; Fante-Coleman, Booker, Craigg, Plumber et Jackson-Best, 2022). Ces DSS comprennent notamment la pauvreté, la sécurité alimentaire et du logement, les réseaux de soutien social, la culture, l'éducation et l'alphabétisation, et les environnements sociaux.

Tout comme les soins de santé mentale, la santé liée à la consommation de substances est également profondément ancrée dans l'eurocentrisme. Cette situation est problématique dans la mesure où « les personnes racisées continuent de vivre la consommation de substances différemment des personnes blanches », en grande partie à cause de la longue histoire de la politique xénophobe en matière de drogues au Canada (Godkhindi, Nussey et O'Shea, 2022). Par exemple, plusieurs obstacles documentés pour les personnes racisées dans le cadre de la réduction des méfaits comprennent la honte qui est plus prononcée dans certaines communautés et le manque de diversité à la fois chez les fournisseurs et les utilisateurs de services, ce qui conduit à la méfiance et à la déconnexion (Godkhindi, Nussey et O'Shea, 2022). Au sein des populations autochtones, une grande partie des soins liés à la consommation de substances sont fondés sur la doctrine religieuse chrétienne (Lavalley et coll., 2020). Ceci est particulièrement problématique étant donné le rôle du christianisme dans les traumatismes coloniaux historiques et actuels subis par les peuples autochtones du Canada. De plus, les programmes de traitement fortement axés sur les règles et la coercition peuvent faire ressurgir des traumatismes coloniaux chez les Autochtones, dont certains peuvent avoir survécu à des pensionnats où l'autorité exercée sur eux était souvent violente (Lavalley et coll., 2020).

En outre, les personnes aux identités croisées luttent pour accéder à des soins suffisamment sûrs pour leur permettre de s'exprimer pleinement, y compris les personnes 2ELGBTQIA+ de couleur. Cette complexité est illustrée dans un rapport de la Black Health Alliance datant de 2022 et décrivant les obstacles auxquels sont confrontés certains jeunes noirs 2ELGBTQIA+ :

Avoir à choisir entre une organisation grand public, anti-Noirs, qui célébrerait et comprendrait leur orientation sexuelle et leur identité de genre, et une organisation centrée sur les Noirs qui pourrait être homophobe et transphobe. Les jeunes 2ELGBTQ+ noirs ont le sentiment que les services grand public sont souvent centrés sur la blancheur, mais qu'en même temps, ils ne peuvent pas se présenter dans leur intégralité aux organisations centrées sur les Noirs. (Fante-Coleman, Booker, Craigg, Plumber et Jackson-Best, 2022, p. 35)

Comme décrit ci-dessus, il y a un manque général de programmes communautaires et culturels spécifiques pour les PANDC au Canada, y compris dans les programmes de prévention, comme l'éducation publique, les programmes de bien-être communautaires et l'intervention précoce. De plus, un manque général de confiance envers les fournisseurs de services occidentaux, alimenté

par le racisme et l'inadéquation des soins, la stigmatisation et la peur, empêche les personnes issues des communautés racisées de rechercher des soins de manière proactive (Cénat et coll., 2023). Dans le cas des Noirs au Canada, lorsque ces facteurs s'ajoutent à la surcriminalisation et au profilage racial, il en résulte souvent que les Noirs sont plus susceptibles de recevoir des soins plus tard que les Blancs, et plus susceptibles de recevoir des soins coercitifs (amenés par la police, une ambulance ou en raison d'une ordonnance du tribunal) (Fante-Coleman et Jackson-Best, 2020; Black Health Alliance, 2015; Cénat et coll., 2023). Outre des parcours de soins différents, les stéréotypes peuvent entraîner des erreurs de diagnostic, par exemple un diagnostic de psychose plutôt que de troubles de l'humeur ou de troubles post-traumatiques (Kirmayer et Jarvis, 2019).

En ce qui concerne les réalités de la SMSLCS pour les immigrants et les nouveaux arrivants au Canada, les recherches sont particulièrement rares (Ng et Zhang, 2021; Dayal, 2024). Cette lacune dans les données risque de ne pas tenir compte des obstacles critiques et uniques auxquels les nouveaux arrivants sont confrontés dans l'accès aux soins de SMSLCS, y compris les différences au sein des communautés de nouveaux arrivants, par exemple les personnes 2ELGBTQIA+ et les réfugiés. De plus, ce manque de données risque de passer à côté des points forts de ces groupes, sur lesquels il est possible de s'appuyer pour élaborer des programmes de SMSLCS adaptés, pertinents et fondés sur les points forts (Dayal, 2024).

7. APERÇU DU CONTENU DES NORMES

La section suivante établit les pratiques exemplaires et les stratégies qui ressortent de l'analyse documentaire et de nos engagements et qui donnent un aperçu du contenu clé des normes elles-mêmes en matière d'équité et de lutte contre le racisme. Bien que certaines des pratiques exemplaires et des recommandations ne relèvent pas du projet de feuille de route de la SMSLCS du CCN, et que certaines n'incluent pas explicitement l'élaboration de normes en matière de SMSLCS, les objectifs et les principes qui sous-tendent ces pratiques prometteuses constituent des points de départ importants pour envisager la forme que pourraient prendre les normes en matière d'équité et de lutte contre le racisme, ainsi que les considérations relatives à la mise en œuvre et à la responsabilisation.

7.1 LÉGISLATION

Un défi persistant dans la prestation de soins de SMSLCS complets en général, et de soins exempts de racisme et pertinents sur le plan culturel plus précisément, est le traitement de la SMSLCS en dehors du cadre législatif des soins de santé publics du Canada. En excluant la SMSLCS de la législation telle que la Loi canadienne sur la santé, la SMSLCS est considérée comme secondaires par rapport à la santé physique, avec des conséquences profondes pour les personnes, les communautés et les systèmes dans leur ensemble, comme des inégalités croissantes entre les personnes qui peuvent se permettre des soutiens et celles qui ne le peuvent pas; des traitements retardés entraînant une hausse des coûts à long terme pour les systèmes; la stigmatisation et la discrimination fondées sur l'exclusion et l'isolement social; et, en fin de compte, de mauvais résultats en matière de santé. C'est pourquoi plusieurs études et rapports ont recommandé soit d'élargir la Loi canadienne sur la santé pour y inclure la santé mentale, soit d'élaborer une législation sur la parité en matière de santé mentale (Fante-Coleman et Jackson-Best, 2020); Association canadienne pour la santé mentale, 2018). Dans le cadre de nos engagements, nous avons également entendu parler de la possibilité d'intégrer des normes en matière d'équité et de lutte contre le racisme à la législation en tant que mécanisme de responsabilisation et pour soutenir l'élan au fil du temps.

7.2 HUMILITÉ ET SÉCURISATION CULTURELLES, ET ANTIRACISME

Plusieurs rapports ont fait état d'une insatisfaction générale des personnes racisées au Canada envers les progrès réalisés par les nombreux organismes de santé qui se sont engagés à créer des soins exempts de racisme (Fante-Coleman, Booker, Craigg, Plumber et Jackson-Best, 2022; FPWC et TPF, 2023). Les participants autochtones à une étude ont décrit les efforts actuels axés principalement sur la compétence culturelle comme étant généralement « peu engageants, inefficaces et fondamentalement incapables de remédier aux déséquilibres de pouvoir au sein des systèmes et de la société qui sont à l'origine de l'inégalité et du racisme » (FPWC et TPF, 2023). La compétence culturelle est une approche largement individualisée qui permet aux praticiens de comprendre certains aspects de la culture de leurs clients. Cela risque d'ancrer les stéréotypes en considérant les cultures comme un ensemble statique de pratiques et de caractéristiques plutôt que comme une manière complexe de connaître, de faire et d'être dans le monde (Kirmayer et Jarvis, 2019).

Compte tenu de ces critiques, l'humilité culturelle a vu le jour et repose sur la reconnaissance des limites des praticiens à connaître et à comprendre les cultures autres que la leur. En outre, la sécurisation culturelle s'appuie sur cette compréhension en soulignant la nécessité pour les fournisseurs de réfléchir à leurs propres préjugés et suppositions afin de fournir des soins adaptés et réactifs sur le plan culturel et de « redistribuer le pouvoir et le contrôle sur la prestation des soins de santé de manière à créer un espace sûr pour le travail clinique » (Kirmayer et Jarvis, 2019).

Un cadre complémentaire à l'humilité culturelle est un cadre antiraciste qui s'attaque activement au racisme interpersonnel, systémique et épistémique qui est ancré dans les systèmes de santé et la société en général. En outre, Mahabir et coll. affirment que :

Les politiques de lutte contre le racisme détermineraient explicitement les systèmes structurés de relations de pouvoir inégales d'oppression et de domination afin d'expliquer les processus complexes qui génèrent le racisme, la poursuite du racisme et son impact. Un cadre antiraciste axé sur le pouvoir et l'équité est nécessaire pour lutter contre le mythe de la neutralité en comprenant et en reliant le racisme au domaine politique et aux institutions sociales afin d'expliquer comment le racisme se reproduit et quel est son impact sur les groupes racisés. Cette approche théorique est également nécessaire pour désigner explicitement le racisme comme une forme d'oppression et pour responsabiliser les institutions (2021, p. 11).

Le FPWC et le TPF (2023) notent que les cadres antiracistes ne se limitent pas à la déconstruction, bien qu'il s'agisse d'un élément clé. Parallèlement à la déconstruction des systèmes d'oppression croisés auxquels sont confrontées les personnes racisées, il faut s'attacher à soutenir l'émergence de perspectives de guérison et de mieux-être fondées sur les forces et tirées des nombreuses et diverses communautés culturelles du Canada. Un participant à l'entrevue a donné un exemple de ce type de formation sur la sécurisation culturelle basée sur les forces en action, disponible à la fois pour les membres du personnel et les clients au sein de la SMSLCS. Les membres du personnel et les clients ont eu l'occasion de parler de leur culture par divers moyens, notamment des modalités de guérison, de la musique et le partage de la nourriture. Ces occasions visent à offrir un moyen accessible de parler des valeurs culturelles et donc d'accroître la sécurité.

Il est important de noter que nous avons entendu à plusieurs reprises que les dirigeants des organisations et des systèmes doivent être profondément engagés dans la lutte contre le racisme et la sécurisation culturelle afin de transformer les systèmes et la culture organisationnelle. Même

si chaque personne travaillant au sein des systèmes est responsable de la lutte contre le racisme et de la sécurisation culturelle, les dirigeants ont la lourde responsabilité d'encourager l'innovation et l'amélioration dans ce domaine.

7.3 SOINS TENANT COMPTE DES TRAUMATISMES ET DE LA VIOLENCE

Le passage à des soins de SMSLCS tenant compte des traumatismes est devenu de plus en plus populaire parce qu'ils reconnaissent l'impact profond des traumatismes sur les personnes et les communautés. Ils mettent l'accent sur la compréhension des facteurs culturels, sociaux et systémiques qui contribuent aux traumatismes chez les populations racisées et cherchent à fournir des soins qui tiennent compte de ces facteurs (Browne et coll., 2016; Ereyi-Osas, Song, Kalim et Kekulawala, 2020; Lavalley et col., 2020). Cette approche comprend la création d'un environnement sûr et valorisant permettant aux personnes de transmettre leurs expériences, la reconnaissance de l'impact des traumatismes sur la santé mentale et la santé liée à la consommation de substances, et l'intégration de pratiques tenant compte des traumatismes dans les services de traitement et de soutien. Cependant, le fait de placer les traumatismes au centre de l'attention a également fait l'objet de critiques. Browne et coll. note :

Le terme traumatisme peut être problématique en partie parce qu'il désigne à la fois les événements traumatisants (souvent présumés s'être produits uniquement dans le passé) et les réactions à ces événements (souvent présumées être uniquement psychologiques). Les chercheurs autochtones et non autochtones critiquent cette « tendance au traumatisme » parce qu'elle occulte l'impact de la violence structurelle actuelle et qu'elle est souvent utilisée pour pathologiser les peuples autochtones. Nous partageons ces préoccupations et soutenons l'appel à l'utilisation d'un point de vue de la décolonisation lors de l'examen des traumatismes en lien avec les peuples autochtones. L'intégration de l'attention portée à la violence dans la discussion sur les traumatismes maintient l'accent sur la violence (historique et continue) et réduit la probabilité de situer le « problème » uniquement par rapport aux impacts psychologiques pour les personnes qui ont subi la violence, plutôt que sur la violence structurelle et les conditions qui la soutiennent (2016, p. 12).

Ils proposent de centrer la violence continue des inégalités systémiques sur le traumatisme - par l'intermédiaire de soins tenant compte des traumatismes et de la violence - afin de fournir des soins fondés sur les besoins de la personne et de la communauté, et d'aller au-delà de la pathologie individuelle pour prendre au sérieux les impacts traumatiques historiques et continus de la violence à laquelle sont confrontés les peuples racisés (Browne et coll., 2016).

7.4 REPRÉSENTATION, RECRUTEMENT ET RÉTENTION

Bien qu'il soit certainement important de former toutes les personnes travaillant au sein de la SMSLCS sur l'humilité culturelle et sur la lutte contre le racisme, il demeure prioritaire d'assurer une représentation significative des personnes racisées au Canada au sein des systèmes de SMSLCS au moyen d'efforts spécifiques de recrutement et de rétention. Cela peut permettre de renforcer les compétences culturelles, d'améliorer la confiance et de réduire les obstacles aux soins pour les personnes racisées (Pilarinos et coll., 2023). Il s'agit également d'assurer une inclusion significative des personnes dont l'identité se recoupe, comme les membres de la communauté 2ELGBTQIA+. Un participant à l'entrevue a fait part de ses expériences profondes au sein de sa famille et de ses interactions négatives avec la police pour expliquer pourquoi les patients PANDC hésitent à se faire soigner par des fournisseurs qui ne leur ressemblent pas et

qui n'ont pas les mêmes expériences. Les membres du personnel doivent refléter la composition ethnique, raciale et culturelle de la communauté qu'ils servent. Cela contribue à la fois à la sécurité des membres du personnel et à celle des patients.

Plusieurs rapports ont formulé des recommandations spécifiques pour soutenir le recrutement et la rétention des professionnels de la SMSLCS issus des communautés de PANDC. Il est certain que l'approche peut être différente en fonction de la communauté dans laquelle les systèmes cherchent à puiser. Toutefois, les mesures recommandées sont les suivantes :

- Reconnaître les titres de compétences et établir des passerelles pour intégrer des professionnels divers dans les systèmes de SMSLCS (Kirmayer et Jarvis, 2019; CAHS, 2023);
- Pour les établissements de formation, s'engager de manière significative avec les peuples autochtones pour développer conjointement des programmes d'études qui intègrent les modes de connaissance autochtones, d'être et de faire et qui soutiennent mieux les apprenants PANDC (FPWC et TPF, 2023; CAHS, 2023);
- Pour les programmes/services/systèmes de SMSLCS, générer des stratégies de recrutement et de rétention dédiées qui peuvent inclure l'embauche groupée, des programmes de formation et de mentorat, et assurer une rémunération et une charge de travail équitables (FPWC et TPF, 2023); et,
- Accroître la diversité et la représentation des groupes autochtones et des groupes défavorisés sur le plan systémique dans les postes de direction au moyen d'objectifs ou d'une « inclusion intentionnelle » (entrevue avec un informateur clé, 2024).

7.5 OUTILS, PROGRAMMES ET SERVICES PROPRES À LA COMMUNAUTÉ OU À LA CULTURE

Les outils, les programmes et les services de SMSLCS spécifiques aux communautés et aux cultures sont importants parce qu'ils répondent aux besoins et aux expériences uniques de diverses communautés. Ces programmes reconnaissent que les questions relatives à la SMSLCS sont influencées par des facteurs politiques, historiques, culturels, sociaux et environnementaux. Ces types de programmes sur mesure contredisent le principe raciste de la « blancheur par défaut », qui consiste à adopter une approche unique. En adaptant les programmes à des communautés spécifiques, ils peuvent être plus pertinents sur le plan culturel, plus accessibles et plus efficaces pour s'attaquer aux causes profondes des problèmes de santé mentale et de consommation de substances. De plus, ces programmes peuvent contribuer à réduire la stigmatisation, à améliorer la confiance envers les fournisseurs de soins de santé et à aider les communautés à s'approprier leur santé mentale et leur bien-être. Dans l'ensemble, les programmes communautaires ou spécifiques à une culture jouent un rôle crucial dans la promotion de l'équité, de l'inclusion et de meilleurs résultats en matière de santé pour toutes les personnes. La section suivante détaille certaines caractéristiques clés de cette approche.

7.5.1 Spécificité et souplesse de la communauté

Browne et coll. proposent :

En élargissant le concept de soins centrés sur le patient et la famille, les soins adaptés au contexte comprennent des services qui sont explicitement adaptés aux communautés locales et aux populations desservies. Il peut s'agir d'adapter les pratiques et/ou les

politiques organisationnelles et les lignes directrices cliniques pour répondre aux besoins de la population locale, ainsi qu'aux réalités sociales et communautaires qui évoluent souvent en fonction des politiques locales, des tendances épidémiologiques et des conditions économiques (2016, p. 5).

Cette approche profondément locale reconnaît qu'il existe des différences importantes au sein des communautés et entre elles, qui doivent être prises en compte dans la planification et la mise en œuvre des programmes. Dans certaines communautés, il peut s'agir de s'attaquer aux déterminants de la santé par l'intermédiaire de « programmes liés à la nature et à l'alimentation, de cours de jardinage et de cuisine » (Fante-Coleman, Booker, Craigg, Plumber et Jackson-Best, 2022, p. 61). Dans d'autres communautés, cela peut signifier la guérison par la terre, les liens intergénérationnels (aînés et jeunes) et les pratiques culturelles (FPWC et TPF, 2023). Pour les jeunes 2ELGBTQIA+ racisés, par exemple, cela signifie qu'il faut veiller à ce que les programmes et les services mettent en valeur toutes les composantes de leur identité, y compris leur race, leur(s) culture(s), leur sexualité et leur expression de genre (Fante-Coleman, Booker, Craigg, Plumber et Jackson-Best, 2022).

Plusieurs sources ont également cité l'importance de la traduction et des médiateurs culturels en fonction des besoins cernés de la communauté (Kirmayer et Jarvis, 2019; Maraj, Iyer et Shah, 2018; Académie canadienne des sciences de la santé, 2023). Il est clair que les barrières linguistiques peuvent être très dangereuses dans les environnements de soins de la SMSLCS et sont susceptibles d'empêcher les personnes qui ne maîtrisent pas l'anglais ou le français de rechercher ou de recevoir des soins de haute qualité (Tulli et coll., 2020; Kirmayer et Jarvis, 2019). Au-delà de la compréhension linguistique, les médiateurs culturels sont des employés qui travaillent au sein de systèmes qui comprennent les contextes culturels, historiques et géographiques et les nuances des clients qu'ils servent. Bien que les médiateurs culturels soient considérés dans la littérature comme faisant partie d'une pratique exemplaire, il est noté qu'il n'existe pas de « normes pour la formation, l'évaluation et l'assurance qualité des médiateurs culturels, ni de méthodes établies pour le financement de cette ressource essentielle » (Kirmayer et Jarvis, 2019).

7.5.2 Approches fondées sur les points forts

Une forme insidieuse de racisme qui touche les PANDC au Canada est l'opinion générale de la société selon laquelle de nombreuses communautés sont intrinsèquement brisées ou faibles. Lors des séances d'engagement en vue de l'élaboration du Plan ontarien d'action pour les jeunes noirs, les participants ont défini cette pensée fondée sur les déficits comme limitant la capacité des fournisseurs de la SMSLCS et de la société en général à constater « leurs accomplissements, leurs succès, leurs contributions, leurs espoirs et leurs rêves » (Anucha, Srikanthan, Siad-Togane et Galabuzi, 2017). Également à la suite d'un projet d'engagement communautaire, le FPWC et le TPF ont déterminé que la pensée et les programmes fondés sur les déficits sont fondamentalement opposés aux façons de savoir, d'être et de faire basées sur les forces et enracinées dans la culture qui ont généré le mieux-être des peuples autochtones depuis des temps immémoriaux (FPWC et TPF, 2023). Au contraire, les programmes et les services fondés sur les points forts pourraient inclure la détermination et l'exploitation des points forts, de la résilience et des atouts culturels de ces communautés afin de promouvoir le mieux-être mental et la guérison. Les outils d'évaluation spécifiques à la culture constituent un domaine où les approches fondées sur les points forts sont précieuses. Les participants ont noté que les outils d'évaluation actuels ont causé les méfaits, en l'occurrence ceux subis par les peuples autochtones du Canada. Alors que l'outil actuel détermine des déficits chez un client, un outil basé sur une compréhension culturelle autochtone, par exemple, serait plus approprié.

7.5.3 *Partenariats communautaires, engagement et autodétermination*

Pour mettre en place des programmes, des services et des systèmes adaptés de SMSLCS, « il faut aller au-delà du système de santé et susciter la participation des parties prenantes aux organisations communautaires, aux associations ethnoculturelles et aux institutions religieuses. Cet engagement peut être motivé par un respect partagé de la diversité et un engagement à bâtir une société civile pluraliste » (Kirmayer et Jarvis, 2019 p. 19). Les partenariats et l'engagement communautaires sont essentiels à la réussite des programmes (Lavalley et coll., 2020; Anucha, Srikanthan, Siad-Togane et Galabuzi, 2017; Pilarinos et coll., 2023; Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2021). Premièrement, l'apport de la communauté garantit la pertinence des programmes, y compris les éléments liés aux croyances, aux pratiques et aux valeurs culturelles qui devraient être prises en compte dans la conception des programmes. De plus, les partenaires communautaires peuvent aider à déterminer les obstacles à l'accès aux services, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du système de soins lui-même. En outre, la présence visible et significative de la communauté dans la conception et la mise en œuvre du programme contribue à créer un climat de confiance auprès des personnes que le programme cherche à aider. Enfin, la participation de la communauté peut contribuer à renforcer les capacités locales et la connaissance de la SMSLCS et à lutter contre la stigmatisation.

Au-delà du simple fait que la participation des communautés génère de meilleurs programmes et services, les Premières Nations, les Inuits et les Métis du Canada détiennent des droits et des responsabilités juridiques et morales spécifiques en matière d'autodétermination relativement aux systèmes qui les concernent (FPWC et TPF, 2023). Ces droits et obligations d'autodétermination sont ancrés dans les traités conclus entre les Premières Nations et la Couronne, ainsi que dans la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (DNUDPA), entre autres.

Bien que les partenariats et l'engagement communautaires soient importants, le système actuel compte souvent sur les personnes et les organisations de PANDC pour faire ce travail important « sur le coin de leur bureau », ou sur les PANDC qui travaillent au sein des systèmes de SMSLCS pour assumer le travail émotionnel de « réparation » des problèmes au sein du système (FPWC et TPF, 2023; Fante-Coleman, Booker, Craigg, Plumber et Jackson-Best, 2022). Ce qu'il faut plutôt, c'est un soutien dédié et durable des capacités pour entreprendre ce changement transformationnel des systèmes, en partenariat avec les communautés locales et les experts.

7.5.4 *Une mise en garde essentielle*

L'une des mises en garde formulées dans le cadre de nos engagements concernant l'idée de programmes communautaires et propres à la culture était la crainte que les programmes de SMSLCS destinés aux PANDC soient traités comme des services inférieurs ou distincts des services traditionnels, et que les PANDC n'aient pas le choix de l'endroit où elles reçoivent des soins. Si ces programmes ciblés bénéficient d'un large soutien, il faut également veiller à ce que tous les services soient élaborés, mis en œuvre et évalués en fonction de leur capacité à répondre aux besoins des diverses communautés. L'une des personnes interrogées a déclaré que, dans la plupart des organismes de soins de santé, la question clé qu'ils se posent est « à qui s'adressent-ils? ». Cependant, une question peut-être plus importante est de savoir « qui nous ne servons pas et pourquoi ». Dans une communauté urbaine diversifiée, par exemple, la composition démographique des clients doit refléter cette diversité. Les normes peuvent aider à cerner les obstacles systémiques qui empêchent les diverses communautés de rechercher ou de recevoir des soins dans le cadre de tous les programmes et systèmes de SMSLCS.

7.6 NORMES ACTUELLES

Plusieurs normes actuelles peuvent être utiles pour orienter l'élaboration de normes en matière d'équité et de lutte contre le racisme. En 2023, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et les Nations Unies (ONU) ont élaboré un document d'orientation destiné à aider les pays à mettre en place un cadre législatif favorisant des programmes et des services de santé mentale de qualité, conformes aux normes internationales en matière de droits de la personne, en particulier à la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH) (Organisation mondiale de la santé et Nations Unies, 2023). L'intégration des droits de la personne à une approche législative du mieux-être mental nécessite d'aborder les « obstacles politiques, économiques, sociaux et culturels tout en responsabilisant les personnes et les groupes, en particulier les plus défavorisés » (OMS et ONU, 2023, p.16). Parmi les sujets notables qui revêtent une importance particulièrement pour le présent chapitre, on trouve des conseils sur l'élaboration d'une législation relative à l'équité et à la non-discrimination, au consentement éclairé et à l'élimination des pratiques coercitives, à l'accès à des services de santé mentale de haute qualité, y compris des services basés sur la personne et les droits au sein de la communauté. Les principaux enseignements de cette norme sont l'intégration des déterminants sociaux de la santé.

En 2022, la First Nations Health Authority (FNHA) et l'Organisation de normes en santé (ONS) ont publié l'essai de la norme de sécurisation culturelle et d'humilité de la Colombie-Britannique, qui fournit des conseils aux organisations pour lutter contre le racisme envers les Autochtones et créer des systèmes dans lesquels les peuples autochtones reçoivent des soins de haute qualité et adaptés à la culture (ONS, 2022). Ces normes visent à lutter contre le racisme envers les Autochtones aux niveaux structurel, systémique et interpersonnel au sein des systèmes de santé par des changements ciblés dans plusieurs domaines, notamment : la responsabilisation et la transparence; l'établissement de relations; une gouvernance partagée reflétant l'autodétermination des Autochtones; l'affectation de ressources, l'élaboration de politiques et la formation pour prévenir le racisme envers les Autochtones, y répondre et l'atténuer, y compris au sein des ressources humaines; la création de services adaptés à la culture centrés sur les connaissances et les pratiques autochtones; et la mesure de l'impact grâce à une recherche et à une évaluation fondées sur les distinctions. Ce qui est particulièrement important dans la norme de sécurisation culturelle et d'humilité, c'est le message clair selon lequel la mise en œuvre et l'évaluation de ces normes doivent être entreprises en relation avec les communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis, et que des efforts sont déployés pour remédier à la relation de pouvoir inégale entre le système de santé et les peuples autochtones (ONS, 2022). Il convient également de noter que ces normes ont été élaborées en partenariat avec la FNHA, avec la participation de la Métis Nation British Columbia (MNBC).

8. DOMAINES À PRENDRE EN CONSIDÉRATION : DÉVELOPPEMENT ET MISE EN ŒUVRE

En général, les participants à l'engagement soutiennent la notion d'antiracisme et de normes en matière d'équité pour la SMSLCS. Plus précisément, nous avons entendu l'optimisme concernant les normes en tant qu'outils indiquant l'engagement d'une organisation en faveur de la lutte contre le racisme et de l'équité, en fournissant des conseils aux organisations pour qu'elles assument leurs responsabilités sociales, morales et éthiques, en stimulant l'innovation dans les programmes et en faisant avancer les discussions portant sur les ressources et l'investissement pour mieux servir les communautés de PANDC.

Alors que la section précédente s'est concentrée sur les idées liées au contenu des normes elles-mêmes, cette section décrit les considérations importantes liées aux processus d'élaboration et de mise en œuvre. Ces idées transversales sont énumérées ci-dessous.

- **Poursuivre sur la lancée** : Il arrive que des événements mondiaux créent des conditions propices à l'avancement du travail de lutte contre le racisme. De nombreux participants ont souligné l'élan donné aux efforts en matière de diversité, d'équité et d'inclusion (DEI) après l'assassinat de George Floyd en 2020 par un policier blanc à Minneapolis, dans le Minnesota. Si la mort de M. Floyd et le mouvement social qui s'en est suivi ont créé un élan considérable, certains ont également estimé que cet élan était tempéré par un mouvement simultané de division et de rejet de la DEI. À ce titre, plusieurs participants ont souligné la nécessité de saisir l'élan dès qu'il se manifeste et de se concentrer sur des mesures concrètes qui ont plus de chances d'être maintenues face aux pressions et aux changements sociétaux et politiques potentiels.
- **Clares, fondées sur des données probantes et efficaces** : Outre le fait qu'elles suscitent un élan, les normes seront efficaces si elles sont claires, fondées sur des données probantes et efficaces. La plupart des programmes, des services et des systèmes de SMSLCS s'accordent à dire que la réalisation de l'équité est un objectif important. Toutefois, les normes doivent également indiquer clairement la voie à suivre pour atteindre des objectifs réalisables. Cela ne signifie pas qu'il faille diluer l'esprit et l'intention des normes, mais plutôt qu'il faut faire preuve de stratégie et de réactivité face aux réalités des systèmes tels qu'ils existent actuellement.
- **Pour nous, par nous** : La littérature et nos engagements ont révélé un sentiment commun selon lequel l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des normes en matière d'équité et de lutte contre le racisme au sein de la SMSLCS doivent être pleinement guidées par les personnes ayant un savoir expérientiel passé et présent. Comme indiqué précédemment, cela nécessite un engagement à long terme et des ressources adéquates pour soutenir la participation des partenaires. Outre la création de normes qui reflètent les besoins et les priorités de divers peuples, le fait d'inclure les PANDC dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des normes contribuera à remédier au manque de confiance existant et compréhensible entre les communautés de PANDC et les systèmes de SMSLCS.
- **Une responsabilité réelle** : De nombreuses professions de santé sont bien formées relativement aux normes de pratique et comprennent les conséquences du non-respect de ces normes, qui sont imposées par les organismes professionnels. Plusieurs participants ont indiqué que les normes risquaient de perdre toute crédibilité et toute autorité morale si elles n'étaient pas accompagnées de systèmes de responsabilité significatifs dans lesquels les programmes, les services et les systèmes peuvent être sanctionnés s'ils ne respectent pas leurs engagements en matière de normes. Au-delà des fournisseurs et des programmes eux-mêmes, la crédibilité sera perdue au sein des communautés de PANDC qui ont consacré du temps et de l'énergie à soutenir l'élaboration de normes.
- **Mettre en valeur les réussites et former des champions** : Si la responsabilité est une caractéristique importante des normes efficaces, il est également important d'aider les programmes de SMSLCS à relever le défi d'une mise en œuvre efficace des normes. Plusieurs participants aux entrevues ont indiqué que le lancement de normes nationales et l'obtention de l'adhésion d'organisations dans tout le pays constituaient une tâche

énorme, qui pourrait être soutenue par la démonstration et la promotion de certains succès prometteurs.

- **Outils de mise en œuvre** : Les engagements ont révélé un point de vue partagé par de nombreux participants : pour que les normes en matière d'équité et de lutte contre le racisme soient efficaces, il est nécessaire de développer des outils significatifs de mise en œuvre et d'évaluation. Un exemple partagé d'outils pertinents et de grande qualité est EQUIP Healthcare, un programme de recherche et de mise en œuvre visant à faire progresser les soins de santé axés sur l'équité (SSAE) grâce aux dimensions des soins qui tiennent compte des traumatismes et de la violence, de la sécurisation culturelle et de la lutte contre le racisme, ainsi que de la réduction des méfaits et de la santé liée à la consommation de substances (EQUIP Healthcare, 2024). Les outils disponibles dans le cadre d'EQUIP comprennent des guides, des manuels, des renseignements budgétaires, entre autres, pour soutenir la mise en œuvre des politiques et la transformation des systèmes visant à assurer l'équité. Un autre participant a mentionné l'Inventaire du développement interculturel, qui aide les personnes et les systèmes à progresser dans le domaine de la compétence interculturelle (Inventaire du développement interculturel, 2024).

En outre, les participants ont insisté sur la nécessité d'élaborer ces outils en partenariat avec les communautés concernées, car ce sont elles qui détiennent les connaissances sur ce que signifient pour elles la sécurité et la pertinence culturelles. En ce qui concerne l'évaluation, la mesure de l'incidence des programmes/services/systèmes pertinents sur le plan de la culture doit être centrée sur les perspectives de la communauté desservie, en fonction de ce qu'elle considère comme important. Nous avons également appris que ce travail est exigeant en termes de main-d'œuvre et de défis, et qu'il nécessite un soutien significatif des capacités, ainsi que la mise en place d'un processus qui respecte le temps et le processus des partenaires.

- **Recherche et évaluation éthiques** : L'expérience des communautés de PANDC et de la recherche démontre que les recherches ont été et continuent de nuire. Le Groupe de travail sur l'équité en santé pour les Noirs décrit avec force ce qui est en jeu lorsqu'il s'agit de recueillir des données :

Les données ne sont pas seulement un outil d'enseignement ou une entité abstraite. C'est notre information. Localement et mondialement, les Noirs ont été quantifiés, analysés, utilisés et rejetés. Nous continuons à être contrôlés, surveillés, ciblés et soumis à des restrictions. L'extraction, le déploiement et la manipulation de données ont été utilisés pour justifier et soutenir l'esclavage, la violence et le racisme envers les Noirs (2021).

Cependant, lorsqu'elles sont guidées par des principes antiracistes et adaptés au point de vue culturel, la recherche et l'évaluation peuvent être un outil profondément important pour les PANDC et les groupes vulnérables sur le plan systémique pour raconter leurs histoires, y compris les obstacles à franchir et la performance des programmes et des services de la SMSLCS (Browne et coll., 2016; FPWC et TPF, 2023; Fante-Coleman, Booker, Craig, Plumber et Jackson-Best, 2022; Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2021; Fante-Coleman et Jackson-Best, 2020). Plusieurs considérations relatives aux évaluations décoloniales et antiracistes incluent le développement conjoint de cadres d'évaluation avec les communautés concernées et l'utilisation de méthodes de recherche

et de pratiques d'application des connaissances spécifiques à la culture (FPWC et TPF, 2023).

Plusieurs communautés se sont organisées pour promouvoir des principes de gouvernance éthique des données qui devraient inspirer l'élaboration de normes en matière d'équité et de lutte contre le racisme pour la SMSLCS. Il s'agit notamment du cadre de gouvernance des données appelé Engagement, gouvernance, accès et protection (EGAP) élaboré par le Groupe de travail sur l'équité en santé pour les Noirs, et du cadre de gouvernance des données des Premières Nations appelé Propriété, contrôle, accès et possession (PCAP®) élaboré par le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (Groupe de travail sur l'équité en santé pour les Noirs, 2021; Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations, 2024). L'autodétermination des personnes et des communautés dans la collecte, l'analyse, la gestion et l'utilisation des données est un élément clé qui relie ces cadres. Bien que les participants aient largement soutenu ces modèles de gouvernance des données, ils ont également souligné la nécessité de prendre en compte les besoins en données des personnes structurellement vulnérables qui n'ont pas la possibilité - souvent en raison de ces mêmes obstacles structurels - de participer à l'orientation des efforts de collecte et d'évaluation des données. Comme l'a déclaré sans détour un informateur clé, certaines personnes « ne sont pas en mesure de raconter leur histoire parce qu'elles sont décédées » et, dans ce cas, les systèmes « ont le devoir de raconter cette histoire » (entrevue avec un informateur clé, 2024).

9. CONCLUSION

Ce chapitre a mis en évidence l'omniprésence du racisme à tous les niveaux de la société canadienne et au sein des systèmes de SMSLCS, affectant l'accès, la qualité et les résultats des soins. Confronter et démanteler le racisme au sein de la SMSLCS n'est pas seulement un impératif moral, c'est aussi un élément crucial pour créer des systèmes performants et, en fin de compte, pour atteindre l'équité en matière de santé. Pour faire progresser l'antiracisme et l'équité au sein de la SMSLCS, les normes sont un outil important pour élargir l'accès à des programmes et à des services pertinents sur le plan culturel qui abordent les obstacles systémiques auxquels sont confrontées les communautés racisées pour recevoir des soins, élargir l'accès à des programmes et à des services pertinents sur le plan culturel qui mettent l'accent sur les connaissances et les valeurs des peuples de PANDC ainsi que la pratique qui tient compte des traumatismes et de la violence, et créer un personnel sûr et diversifié sur le plan culturel au sein de la SMSLCS. Ce rapport a également souligné que les normes doivent promouvoir une approche basée sur le travail en partenariat avec les PANDC et leurs communautés dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des normes en matière d'équité et de lutte contre le racisme.

Les lieux et les façons dont les PANDC subissent le racisme et en sont victimes sont innombrables. Ce qui devrait être incontestable, ce sont les systèmes de SMSLCS sur lesquels on s'appuie pour engendrer le mieux-être qui ne devraient pas nuire davantage. Ce n'est qu'au prix d'efforts concertés, comme l'élaboration de normes, que nous pourrions mettre en place des systèmes de SMSLCS qui soient véritablement équitables, accessibles et adaptés aux besoins de toutes les personnes, quels que soient leurs antécédents ou leur identité.

OUVRAGES CITÉS

- Allan, B. et Smylie, J. (2015). *First Peoples, second class treatment: The role of racism in the health and well-being of Indigenous peoples in Canada*. Toronto : The Wellesley Institute. (en anglais seulement)
- Anucha, U., Srikanthan, S., Siad-Togane, R. et Galabuzi, G.-E. (2017). *Doing Right Together for Black Youth What We Learned from the Community Engagement Sessions for the Ontario Black Youth Action Plan*. Toronto : Youth Resesarch and Evaluation eXchange (YouthREX). (en anglais seulement)
- Black Health Alliance. (2015). *A Sound Mind: Mental Health in the Black Community- Forum Report*. (en anglais seulement)
- Groupe de travail sur l'équité en santé pour les Noirs. (2021). *Engagement, gouvernance, accès et protection (EGAP) : Cadre de gouvernance des données sur la santé recueillies auprès des communautés noires de l'Ontario*.
- Browne, A. J., Varcoe, C., Lavoie, J., Victoria, S., Wong, S. T., Krause, M., . . . Fridkin, A. (2016). Enhancing health care equity with Indigenous populations: evidence-based strategies from an ethnographic study. *BMC Health Services Research*. (en anglais seulement)
- Académie canadienne des sciences de la santé. (2023). *Main-d'œuvre dans le secteur de la santé au Canada : Pistes d'action futures*.
- Association canadienne pour la santé mentale. (2018). *Mettre fin à la disparité en santé au Canada*. Extrait en février 2024, du site : <https://cmha.ca/wp-content/uploads/2021/07/CMHA-Parity-Paper-Full-Report-FR.pdf>
- Cénat, M. J., Dromer, É., Darius, W. P., Furyk, S. E., Poisson, H., Mansoub Bekarkhanech, F., . . . Kogan, C. S. (2023). Incidence, Racial Disparities and Factors Related to Psychosis among Black Individuals in Canada: A Scoping Review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 713-731. (en anglais seulement)
- Centre de toxicomanie et de santé mentale. (2024). *Mental Illness and Addiction: Facts and Statistics*. Extrait de CAMH : <https://www.camh.ca/en/driving-change/the-crisis-is-real/mental-health-statistics> (en anglais seulement)
- Centre de toxicomanie et de santé mentale. (2021). *Dismantling Anti-Black Racism: A Strategy of Fair & Just CAMH*. Toronto. (en anglais seulement)
- Dayal, P. (2024, 02 24). Canada's drug crisis affecting newcomers, but lack of data makes it hard to know severity of problem. *CBC News*. (en anglais seulement)
- Dayo, E. (s.d.). *Postpartum Depression in Women of Colour*. BIPOC Women's Health Network. (en anglais seulement)
- EQUIP Healthcare. (2024). *What is EQUIP Health Care?* Extrait de <https://equiphealthcare.ca/> (en anglais seulement)

- Ereyi-Osas, W., Song, M., Kalim, A. et Kekulawala, D. (2020). *Addressing the Intergenerational Transmission of Trauma in Black Women with Trauma Informed Care*. Extrait de BIPOC Women's Health Network : <https://bipocwomenshealth.com/cultural-resources/african-caribbean-black-health/addressing-the-intergenerational-transmission-of-trauma-in-black-women-with-trauma-informed-care/> (en anglais seulement)
- Fante-Coleman, T. et Jackson-Best, F. (2020). Barriers and Facilitators to Accessing Mental Healthcare in Canada for Black Youth: A Scoping Review. *Adolescent Research Review*, 115-136. (en anglais seulement)
- Fante-Coleman, T., Booker, M., Craigg, A., Plumber, D. et Jackson-Best, F. (2022). *Factors that Impact How Black Youth Access the Mental Healthcare System in Ontario: Pathways to Care Project*. Toronto : Black Health Alliance. (en anglais seulement)
- Fante-Coleman, T., Jackson-Best, F., Booker, M. et Worku, F. (2023). Organizational and Practitioner Challenges to Black Youth Accessing Mental Health Care in Canada: Problems and Solutions. *Canadian Psychology*, 259-269. (en anglais seulement)
- Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. (2024). *Les principes de PCAP des Premières Nations*. Extrait de : <https://fnigc.ca/fr/les-principes-de-pcap-des-premieres-nations/>
- First Peoples Wellness Circle and Thunderbird Partnership Foundation. (2023). *What Justice Looks Like: Confronting Anti-Indigenous Racism and Building Safe and Comprehensive Mental Health and Addictions Systems for Indigenous Peoples*. Manuscrit en préparation. (en anglais seulement)
- Fung, K. et Guzder, J. (2021). Canadian Immigrant Mental Health. Dans *Mental Health, Mental Illness, and Migration* (pp. 187-207). Singapore : Springer. (en anglais seulement)
- Gabbidon, J., Farrelly, S., Hatch, S. L., Henderson, C., Williams, P., Bhugra, D., . . . Clement, S. (2014). Discrimination Attributed to Mental Illness or Race-Ethnicity by Users of Community Psychiatric Services. *Psychiatric Services*, 1360-1366. (en anglais seulement)
- Gajaria, A., Guzder, J. et Rasasingham, R. (2021). What's race got to do with it? A proposed framework to address racism's impacts on child and adolescent mental health in Canada. *Journal of the Canadian Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 131-137. (en anglais seulement)
- Godkhindi, P., Nussey, L. et O'Shea, T. (2022). "They're causing more harm than good": a qualitative study exploring racism in harm reduction through the experiences of racialized people who use drugs. *Harm Reduction Journal*. (en anglais seulement)
- Goodfellow, C. et Kouri, C. (2022). *Normes pancanadiennes pour l'équité en matière de santé : Prise de position sur la norme d'interprétation provinciale*. Ottawa : Réseau national de navigation pour nos nouveaux arrivants.
- Organisation de normes en santé. (2022). *Norme de sécurisation culturelle et d'humilité de la Colombie-Britannique* :

- Intercultural Development Inventory. (2024). *Why the IDI?* Extrait de <https://www.idiinventory.com/why-the-idi> (en anglais seulement)
- Johnson, C. et Wieman, N. (2 sept 2021). *Ending the Toxic Drug Crisis Means Addressing Racism and Colonialism*. Extrait du site de First Nations Health Authority: <https://www.fnha.ca/about/news-and-events/news/ending-the-toxic-drug-crisis-means-addressing-racism-and-colonialism> (en anglais seulement)
- Kirmayer, L. J. et Jarvis, E. G. (2019). Culturally Responsive Services as a Path to Equity in Mental Healthcare. *Healthcare Papers*. (en anglais seulement)
- Kogan, C. S., Noorishad, P.-G., Ndengeyingoma, A., Guerrier, M. et Cénat, J. (2022). Prevalence and correlates of anxiety symptoms among Black people in Canada: A significant role for everyday racial discrimination and racial microaggressions. *Journal of Affective Disorders*. (en anglais seulement)
- Lavalley, J., Kastor, S., Tourangeau, M., Western Aboriginal Harm Reduction Society, Goodman, A. et Kerr, T. (2020). You just have to have other models, our DNA is different: the experiences of indigenous people who use illicit drugs and/or alcohol accessing substance use treatment. *Harm Reduction Journal*.
- Lee, B., Kellett, P., Seghal, K. et Van den Berg, C. (2017). Breaking the silence of racism injuries: a community-driven study. *International Journal of Migration, Health, and Social Care*. (en anglais seulement)
- Levy, J., Ansara, D. et Stover, A. (2013). *Racialization and Health Inequities in Toronto*. Toronto : Bureau de santé de Toronto. (en anglais seulement)
- Mahabir, D. F., O'Campo, P., Lofters, A., Shankardass, K., Salmon, C. et Muntaner, C. (2021). Experiences of everyday racism in Toronto's health care system: a concept mapping study. *International Journal for Equity in Health*. (en anglais seulement)
- Maraj, A., Iyer, S. N. et Shah, J. L. (2018). Enhancing the Engagement of Immigrant and Ethnocultural Minority Clients in Canadian Early Intervention Services for Psychosis. *The Canadian Journal of Psychiatry*. (en anglais seulement)
- McKenzie, K., Agic, B., Tuck, A. et Antwi, M. (2016). *Arguments en faveur de la diversité — Favoriser l'amélioration des services de santé mentale pour les immigrants, les réfugiés et les groupes ethnoculturels ou racialisés*. Commission de la santé mentale du Canada.
- Mfoafo-M'Carthy, M. (2014). Community treatment orders and the experiences of ethnic minority individuals diagnosed with serious mental illness in the Canadian mental health system. *International Journal for Equity in Health*. (en anglais seulement)
- National Inquiry into Missing and Murdered Indigenous Women and Girls. (2019). *Reclaiming Power and Place*. (en anglais seulement)
- Ng, E. et Zhang, H. (2021). *L'accès aux services de consultation en santé mentale par les immigrants et réfugiés au Canada*. Statistique Canada.

- Pilarinos, A., Field, S., Vasarhely, K., Hall, D., Fox, E., Price, E., . . . Bingham, B. (2023). A qualitative exploration of Indigenous patients' experiences of racism and perspectives on improving cultural safety within health care. *CMAJ Open*. (en anglais seulement)
- Reading, C. (2013). *Comprendre le racisme*. Prince George : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone
- Rodrigues, C., Wong, K., Boyling, E., Bharwani, A., Crowshoe, L., Williams, K. et Henderson, R. (2019). *Interrupting Toxic Stress in Indigenous Youth: Strategic Event Debrief Report*. Calgary : Université de Calgary, département de médecine familiale, École de médecine Cumming. (en anglais seulement)
- Salami, B., Salma, J. et Hegadoren, K. (2019). Access and utilization of mental health services for immigrants and refugees: Perspectives of immigrant service providers. *International Journal of Mental Health Nursing*, 152-161. (en anglais seulement)
- Skosireva, A., O'Campo, P., Zerger, S., Chambers, C., Gapka, S. et Stergiopoulos, V. (2014). Different faces of discrimination: perceived discrimination among homeless adults with mental illness in healthcare settings. *BMC Health Services Research*. (en anglais seulement)
- Tulli, M., Salami, B., Begashaw, L., Meherali, S., Hegadoren, K. et Yohani, S. (2020). Immigrant Mothers' Perspectives of Barriers and Facilitators in Accessing Mental Health Care for Their Children. *Journal of Transcultural Nursing*, 598-605. (en anglais seulement)
- Williams, M. T., Khanna Roy, A., MacIntyre, M.-P. et Faber, S. (2022). The Traumatizing Impact of Racism in Canadians of Colour. *Current Trauma Reports*, 17-34. (en anglais seulement)
- Organisation mondiale de la santé et des Nations Unies. (2023). *Mental health, human rights and legislation: guidance and practice*. (en anglais seulement) Genève.



Canadian Centre
on Substance Use
and Addiction

Evidence. Engagement. Impact.



ccsa.ca - ccus.ca

Les contextes uniques de la santé liée à la consommation de substances : Principales considérations

Normes nationales relatives aux services de santé
mentale et Services en matière de santé liée à la
consommation de substances

Mars 2024

Auteurs:

Denna Berg¹
Alexander Caudarella¹
Tim Deloughery¹
Chealsea DeMoor¹
Francois Gagnon¹
Gord Garner²
Christina Katan¹
Brianna Peters³
Adam Sherk¹
Sheena Taha¹

¹Centre canadien sur le dépendances et l'usage de substances

²Consultation Systémique en Santé Mentale et Toxicomanie Limitée

³CAPSA

Les contextes uniques de la santé liée à la consommation de substances : Principales considérations

Normes nationales relatives aux services de santé mentale et Services en matière de santé liée à la consommation de substances

Ce document est publié par le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS).

Citation proposée : Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, Berg, D., Caudarella, A., Deloughery, T., DeMoor, C., Gagnon, F., Garner, G., Katan, C... & Taha, S. (2024). *Les contextes uniques de la santé liée à la consommation de substances : Principales considérations*. Ottawa, ON. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances

© Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (2024).

CCDUS, 75, rue Albert, bureau 500
Ottawa (Ontario) K1P 5E7
613-235-4048
info@ccsa.ca

Ce document a été produit grâce à une contribution financière de Santé Canada. Les opinions exprimées dans le présent document ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada

ISBN 978-1-77871-150-3



Table des matières

Distinctes, mais liées à d'autres aspects de la santé	205
Le système actuel	206
Des réglementations différentes, des problèmes de santé et de services de santé différents	207
Stigmatisation des personnes qui consomment des substances	209
Services et soutiens	209
Soins dirigés par la personne	210
Soins intégrés	211
Occasions	212



Remerciements

Le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances exprime sa gratitude à Gord Garner, directeur de Systemic Consulting Mental and Substance Use Health Limited, à Brienne Peters et à d'autres partenaires de l'ACEPA, ainsi qu'aux membres du Projet d'évaluation et de mobilisation des pairs du Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique, pour leurs commentaires et leur contribution à ce chapitre.

Nous reconnaissons respectueusement que les bureaux du Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances sont situés sur le territoire traditionnel et non cédé du peuple algonquin Anichinabé. La nation algonquine Anichinabé est présente sur ce territoire et la nourrit depuis des temps immémoriaux. Nous sommes reconnaissants d'avoir l'occasion d'être présents sur ce territoire.

Nous reconnaissons que les peuples autochtones sont les gardiens du savoir traditionnel et que notre société dans son ensemble bénéficie du partage des connaissances des peuples autochtones.

Nous souhaitons mettre en place des partenariats respectueux avec tous les peuples autochtones, dans un souci d'amélioration et dans le but de paver la voie vers une guérison et une réconciliation collectives véritables.

Conflit d'intérêts

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer.



Santé liée à la consommation de substances

Lorsque l'on considère les aspects de la santé, il est généralement admis qu'il existe un spectre allant du bien-être à la maladie sur lequel une personne peut se trouver. Sa position sur ce spectre peut changer au fil du temps et des situations, ou dépendre de l'aspect de la santé considéré. Par exemple, la santé physique d'une personne peut être considérée comme « bonne » un jour et changer brusquement le lendemain à la suite du diagnostic d'une maladie grave. Un autre exemple est celui d'une personne qui est considérée comme allant « bien » dans l'ensemble, mais qui souffre d'une blessure persistante à l'épaule qui réapparaît lorsqu'elle joue au tennis. Cette conception de la santé est fluide et souple. Elle reconnaît les nuances des différentes expériences de vie et permet à chaque personne d'avoir sa propre compréhension et perception de sa santé physique.

La consommation d'alcool et d'autres drogues n'a pas été considérée de la même manière au cours de l'histoire. Conscients de l'importance du langage pour influencer les perceptions et la stigmatisation, l'ACEPA et d'autres experts clés se sont faits les champions de l'utilisation de l'expression « santé liée à la consommation de substances ». Au lieu de se concentrer uniquement sur la consommation et les problèmes connexes, un cadre de santé pour la consommation de substances reconnaît un spectre qui peut inclure l'absence de consommation, une consommation bénéfique, une consommation qui pose des risques aigus ou chroniques, et une consommation qui peut être catégorisée comme un trouble de consommation de substances. Aucune des composantes du spectre ne s'exclut mutuellement. Le fait de conceptualiser la santé liée à la consommation de substances de la même manière que la santé physique et mentale permet à toutes les personnes vivant au Canada de se situer sur ce spectre. Cela peut contribuer à lutter contre l'exclusion et la stigmatisation dont sont victimes les personnes étiquetées comme ayant une dépendance. Cela permettra également d'apporter un soutien aux personnes à n'importe quel point sur le spectre, ce qui facilitera la détection des problèmes et l'intervention avant qu'une personne ne subisse des méfaits graves.

Un cadre de la santé liée à la consommation de substances offre la possibilité d'une éducation inclusive, d'une promotion de la santé et d'une prestation de services inclusives, et permettra d'intégrer les soins de santé liés à la consommation de substances aux services et aux soutiens de manière plus générale. Cependant, certaines composantes de la santé liée à la consommation de substances sont distinctes et doivent être prises en compte lors de l'élaboration de politiques et de programmes.

Les contextes uniques de la santé liée à la consommation de substances

Tout au long de l'histoire de l'humanité, les gens ont consommé des substances qui modifient leur état physique et mental. Ils les ont consommées pour ressentir du plaisir et de l'euphorie, pour faire « disparaître » des émotions ou des douleurs particulières, ou dans le cadre de processus culturels et sociaux. Cette consommation est également susceptible d'entraîner des méfaits connus depuis l'Antiquité.

Les substances les plus utilisées ont varié dans le temps et dans l'espace, mais en général, leur consommation a été déterminée par trois facteurs importants : la disponibilité, l'accessibilité (ou le coût) et les attitudes (celles de la société, de la famille, des pairs). Au Canada, la consommation de substances comprend différents niveaux et différentes approches en matière de réglementation. Les



substances plus couramment consommées, comme l'alcool, le tabac et le cannabis, sont réglementées pour l'usage personnel. Certaines substances ne sont généralement autorisées que dans un contexte médical ou scientifique (par exemple, les benzodiazépines, les opioïdes, les stimulants). En plus des facteurs sociétaux, les facteurs génétiques et les préférences personnelles pour une substance donnée, ainsi que la présence d'états sous-jacents comme la douleur, les traumatismes et les problèmes de santé mentale, peuvent également contribuer à la prévalence de la consommation de substances.

Peu de domaines liés à la santé ont été aussi polarisés ou ont évolué aussi rapidement que l'approche de la société envers différentes substances. Les différentes stratégies utilisées, en termes de politique, de placement social et d'options de traitement, en témoignent également. L'initiative visant à élaborer des Normes nationales relatives aux services de santé mentale et des services en matière de santé mentale et de consommation de substances reflète les efforts déployés pour aborder un sujet dont les perceptions et les réponses sont très diverses, et il est urgent de traiter cette question de manière adéquate.

L'offre de drogues non réglementées, de plus en plus toxiques, a entraîné des taux de morbidité et de mortalité très élevés, les estimations les plus récentes faisant état de 22 vies perdues par jour au Canada au cours des six premiers mois de 2023 (Comité consultatif spécial fédéral, provincial et territorial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes, 2023). L'alcool et le tabac continuent d'être les principaux responsables des taux élevés de mortalité (Groupe de travail scientifique sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances au Canada, 2023). Si l'on ajoute à cela les 49,1 milliards de dollars que coûte à l'économie canadienne la consommation de substances (Groupe de travail scientifique sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances au Canada, 2023), ce sujet mérite qu'on lui accorde une grande attention et qu'on prenne des mesures.

Les approches proposées et mises en œuvre sont diverses, mais se répartissent en trois grandes catégories :

1. **Réduction de l'offre** : Le recours à la réglementation et à son application pour réduire l'accès ou augmenter les coûts.
2. **Réduction de la demande** : Une éducation et des soins de santé axés sur les efforts de prévention, l'accès au traitement et d'autres approches visant à réduire la consommation dans la société et, en particulier, la consommation problématique.
3. **Réduction des méfaits** : Des efforts axés sur l'atténuation ou la réduction des méfaits et des effets en aval de la consommation de substances.

La grande diversité des modes de consommation complique encore les efforts déployés pour aborder systématiquement la question de la santé liée à la consommation de substances. Selon la substance, une consommation épisodique ou plus régulière peut entraîner des méfaits aigus ou chroniques qui ne sont pas toujours liés à la gravité de la consommation ou du trouble de consommation de substances.

Parallèlement à ces considérations, la santé liée à la consommation de substances est étroitement liée à l'équité, aux facteurs juridiques et sociaux, ainsi qu'à la santé physique et mentale. Ces liens étroits doivent être reconnus si nous voulons mettre en place des réponses holistiques et efficaces en matière d'éducation, de prévention, de traitement et de réduction des méfaits.



Distinctes, mais liées à d'autres aspects de la santé

Il est important de reconnaître que la santé liée à la consommation de substances, la santé mentale et la santé physique sont interreliées, mais il faut veiller à ne pas confondre la santé liée à la consommation de substances et la santé mentale. La plupart des personnes qui consomment des substances ou qui ont des problèmes de santé mentale, par exemple, n'ont pas de trouble diagnostiqué, et encore moins de diagnostic concomitant.

Pourtant, il existe des liens importants entre la santé mentale, la santé physique et la consommation de substances qui justifient des approches coordonnées et holistiques. Par exemple, les personnes souffrant de problèmes de santé mentale, comme la dépression, l'anxiété, les troubles de la personnalité et les troubles psychotiques, sont beaucoup plus susceptibles de souffrir de troubles concomitants liés à la consommation de substances que celles qui n'ont pas d'antécédents de problèmes de santé mentale (Lev-Ran et coll., 2013). Inversement, les personnes ayant des problèmes de consommation de substances sont deux à trois fois plus susceptibles de souffrir d'un trouble mental au cours d'une année que celles qui n'ont pas de problèmes de santé liés à la consommation de substances (Rush et coll., 2008). La consommation épisodique ou de longue durée peut également avoir des répercussions sur la santé physique à court et à long terme. Ce type de consommation peut être positif, comme la consommation de cannabis pour gérer les symptômes d'une douleur chronique, ou constituer une menace sérieuse pour la santé, comme les épisodes d'intoxication et les accidents de la route imputables à la consommation de substances.

Même les effets aigus de la consommation de substances sont de plus en plus souvent liés à des problèmes chroniques. Une intoxication non mortelle peut priver le cerveau d'oxygène et provoquer des lésions cérébrales durables, mais rarement diagnostiquées (Kitchen et coll., 2021). L'utilisation chronique de stimulants peut entraîner des modifications au cerveau qui persistent des années après l'arrêt de la consommation (Volkow et coll., 2014).

La consommation de substances à des niveaux inférieurs pendant des périodes prolongées peut également avoir un impact sur la santé physique à long terme (chronique). Par exemple, la consommation chronique d'alcool augmente le risque de développer des cancers, comme le cancer de la bouche et de la cavité buccale, le cancer de l'œsophage, le cancer colorectal et le cancer du sein, entre autres (Baan et coll., 2007). De plus, il est bien connu que la consommation de tabac au fil du temps augmente le risque de cancer du poumon et d'autres cancers.

Les données les plus récentes, recueillies en 2019, indiquent que 76 % des personnes de plus de 15 ans au Canada (23,7 millions de personnes) ont consommé de l'alcool, du tabac et d'autres substances au cours de la dernière année (Gouvernement du Canada, 2021). Cette population peut ressentir, et souvent, ressent les effets sur la santé directement liés à sa consommation de substances. Par exemple, 40 % des Canadiens et des Canadiennes qui boivent de l'alcool consomment plus de six verres standard par semaine (Statistique Canada, 2021), ce qui les expose à un risque élevé de décès prématuré attribuable à de multiples cancers, accidents vasculaires cérébraux, maladies cardiaques et autres (Paradis, et coll., 2023). Pour faire des choix éclairés, chaque personne est censée comprendre les risques et soupeser les méfaits potentiels par rapport aux avantages qu'elle peut en tirer. Pourtant, la consommation de substances est souvent perçue comme étant distincte de la santé. Par exemple, sur les 25 % de personnes ayant déclaré avoir consommé beaucoup d'alcool au cours du mois précédent, seulement 9 % avaient discuté de leur consommation d'alcool avec leur médecin (Institut canadien d'information sur la santé, 2021).



Le système actuel

Dans une récente enquête nationale, 83 % des personnes vivant au Canada ont déclaré n'avoir jamais posé de questions à leurs fournisseurs de soins de santé à propos de leur consommation de substances. Diverses raisons ont motivé cette réponse, notamment le fait de ne pas être sûres de la réponse qu'elles obtiendraient, le sentiment de ne pas pouvoir parler à leur fournisseur de soins de santé et la crainte d'être stigmatisées (ACEPA et CCDUS, 2024). Toute incertitude quant à la manière ou à l'endroit où entamer un parcours vers l'amélioration de la santé est la caractéristique d'un système fragmenté. La plupart des services de santé liés à la consommation de substances ont été créés par des pairs, des organismes de bienfaisances, des organisations non gouvernementales (ONG) et d'autres alliés afin de combler les lacunes du système de santé traditionnel qui ne répondait pas aux besoins des personnes consommant des substances. En conséquence, le système est beaucoup plus axé sur la maladie que sur la promotion de la santé et il est organisé de manière disproportionnée pour traiter les effets en aval de la consommation de substances.

De plus en plus, les efforts déployés pour aborder la consommation de substances sont fondés sur des données probantes et constituent une part plus importante et plus visible des initiatives gouvernementales. Il existe aujourd'hui des ministères de la santé mentale et des dépendances dans de nombreuses administrations provinciales et fédérales. De plus, le renouvellement du Transfert canadien en matière de santé en 2023 a représenté un engagement commun entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux à donner la priorité aux services de santé mentale et de santé liés à la consommation de substances. Depuis la fin du XX^e siècle, la science du développement du cerveau et l'imagerie avancée des effets des drogues sur les fonctions cérébrales (Volkow et coll., 2007) ont accéléré la recherche et les développements cliniques associés au traitement de la consommation de substances. Au cours des 20 dernières années, le nombre de médicaments approuvés par Santé Canada pour traiter les troubles liés à la consommation d'opioïdes ou d'alcool a plus que doublé. Les organismes d'accréditation médicale et les ordres professionnels ont ajouté des spécialisations en médecine de la dépendance ou de la consommation de substances, et le système de soins de santé se concentre de plus en plus sur ces questions.

Malgré ces progrès, les soins qu'une personne reçoit en rapport avec sa consommation de substances sont très variés et peuvent dépendre en grande partie de l'endroit où elle vit et de sa capacité à payer des services privés. Outre l'accès inéquitable, il existe un cadre encore moins normalisé pour la qualité des soins. Les soins spécifiques aux drogues ou les soins spécifiques aux approches sont souvent les deux seules options pour les personnes, qui sont alors responsables de choisir les approches et d'autogérer les soins. La personne peut être amenée à déterminer elle-même ses principales préoccupations ou les résultats qu'elle souhaite obtenir afin de rechercher un programme de traitement pour lequel elle répondra aux critères d'admission (par exemple, ne pas consommer de substances, ne pas avoir de problèmes de santé mentale). Il peut être assez facile d'obtenir des médicaments pour cesser de fumer. Cependant, il peut être très difficile de se voir proposer des médicaments pour cesser de consommer de l'alcool et il peut être nécessaire de se rendre dans des cliniques spécialisées pour obtenir des médicaments destinés à réduire la consommation d'opioïdes.

Il serait impensable qu'une personne souffrant de douleurs dorsales doive se diagnostiquer elle-même et choisir le traitement le plus approprié : chirurgie, kinésithérapie ou hospitalisation. C'est la norme pour de nombreuses personnes qui cherchent à obtenir de l'aide pour leur consommation d'alcool ou d'autres drogues.



Des réglementations différentes, des problèmes de santé et de services de santé différents

Une autre considération unique en lien avec la santé liée à la consommation de substances est le paysage juridique variable qui entoure la production, la distribution, la consommation ou la possession de substances. Une distinction juridique générale permet de classer les substances dans l'un des deux groupes suivants :

- Le premier groupe comprend l'alcool, le tabac et le cannabis, qui sont généralement autorisés pour le grand public, même si chacun d'entre eux est encadré par certaines limites et soumis à certaines exigences. Par exemple, il faut avoir l'âge minimum pour acheter les produits et il est interdit de conduire sous l'influence de ces substances.
- Le deuxième groupe comprend les substances généralement interdites en dehors de circonstances médicales, scientifiques ou autres circonstances limitées, comme les services de consommation supervisée. Il s'agit notamment de drogues, comme les opioïdes, les benzodiazépines et les méthamphétamines. Ce qui est précisément interdit, requis et autorisé est spécifié dans la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, la *Loi sur les aliments et drogues*, et une série de lois et de règlements provinciaux et territoriaux. Les substances indiquées dans la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* sont appelées « substances désignées ».

En matière de santé publique, il est reconnu depuis longtemps que plus les politiques tendent vers les deux extrémités de ce spectre - interdiction stricte des utilisations à des fins non médicales et commercialisation débridée de toutes les utilisations - plus il y a de risques d'atteintes à la santé au niveau de la population (Beauchesne, 1989; Conseil des agents de santé de la Colombie-Britannique, 2005).

L'approche générale des « substances désignées » a permis de cerner trois problèmes principaux pour la santé des personnes qui consomment des substances. Tout d'abord, les restrictions liées aux utilisations à des fins non médicales ont entraîné la création de marchés clandestins où les parties concernées ont souvent recours à la violence pour résoudre les conflits. Deuxièmement, des substances ont circulé sur ces marchés sans aucun contrôle formel de leur qualité, ce qui a donné lieu à des produits volatils et même plus toxiques que leurs versions autorisées (pharmaceutiques). Troisièmement, l'imposition de sanctions pénales aux personnes trouvées en possession de ces substances a eu des conséquences importantes pour de nombreuses personnes soupçonnées de consommer des substances (par exemple, perte d'emploi, difficulté à conserver son emploi, autres formes de stigmatisation sociale). Cela a un impact sur l'accès aux soins et sur les déterminants sociaux de la santé. Si la consommation de substances est traitée comme une infraction pénale plutôt que comme un problème de santé publique, les personnes peuvent hésiter à accéder au traitement et aux services parce qu'elles craignent les conséquences juridiques, comme l'arrestation et l'incarcération. Au lieu de recevoir des soins et un traitement appropriés, les personnes peuvent être assujetties à des répercussions pénales, ce qui perpétue souvent un cycle de consommation de substances, d'activités criminelles et de réincarcération (Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2015). Il est également bien établi que la criminalisation contribue à la stigmatisation des personnes qui consomment des drogues (Scher et coll., 2023).

L'évolution des perceptions et des connaissances scientifiques sur la consommation de substances a motivé les efforts récents de la santé publique, des gouvernements et des autorités chargées de l'application de la loi pour réduire la charge pénale pesant sur les personnes qui consomment des substances, notamment en réduisant les peines, en créant des tribunaux de traitement de la



toxicomanie et en décriminalisant la consommation de substances. Le gouvernement fédéral a reconnu cette surcriminalisation en adoptant le projet de loi C-5, qui prévoit des mesures de déjudiciarisation pour les infractions simples liées à la possession de drogues (Gouvernement du Canada, ministère de la Justice, 2023).

En 2022, le gouvernement fédéral a adopté un modèle de déjudiciarisation qui maintient l'option du tribunal de traitement de la toxicomanie pour les délinquants ayant commis un acte criminel sans violence, de la déjudiciarisation vers les services de santé ou du rejet des accusations (Sénat du Canada, 2022). L'un des objectifs déclarés de ce modèle est de réduire l'inégalité observée dans la surreprésentation des Inuits, des Premières Nations et des Métis, des Noirs, des Africains et des Caribéens, ainsi que d'autres populations en quête d'équité dans le système judiciaire canadien (Gouvernement du Canada, 2023; Commission ontarienne des droits de la personne, 2020).

Par ailleurs, le principal problème de santé publique lié à l'approche générale de l'alcool, du cannabis et du tabac a été le contrôle de leur commercialisation. L'industrialisation et la commercialisation à grande échelle de ces produits ont permis aux exploitants du marché d'augmenter leur consommation à des niveaux historiques, avec les risques et les méfaits qui y sont associés.

La réglementation de ces substances influence la perception qu'a le public des risques qu'elles présentent pour la santé et l'acceptabilité sociale de leur consommation. Par exemple, la perception des risques liés à la consommation d'alcool est faible et l'acceptabilité sociale de sa consommation est élevée. En revanche, la perception des risques liés à la consommation de tabac ou de substances désignées en dehors du contexte médical est élevée, et l'acceptabilité sociale de leur consommation est faible. L'acceptabilité sociale de la consommation d'une substance particulière détermine souvent l'acceptabilité ou l'inacceptabilité des personnes qui la consomment et la stigmatisation dont elles font l'objet.

Les attitudes envers la consommation de substances ne sont pas statiques et peuvent évoluer dans le temps. En effet, certains résultats indiquent que les perceptions négatives de la consommation de cannabis et la stigmatisation des personnes qui en consomment fréquemment ont diminué depuis la légalisation en 2018 (Pacheco et coll., 2024). L'influence de l'opinion sociale sur la consommation de substances est particulièrement visible dans le cas du tabagisme. À la suite d'une importante promotion de la part des fabricants de tabac, le tabagisme s'est répandu dans les années 1960 et 1970 (National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 2014) et a été accepté dans toutes les situations sociales et professionnelles. L'usage de la cigarette était courant sur les lieux de travail, dans les restaurants et à la maison. Cependant, à mesure que les conséquences négatives du tabac sur la santé ont été établies, les initiatives de promotion de la santé et de prévention se sont généralisées et l'usage de la cigarette a diminué de façon constante (National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 2014; Reid et coll., 2022). Le tabagisme est devenu tellement inacceptable qu'il est désormais interdit dans la plupart des espaces intérieurs, notamment dans les hôpitaux. La toxicité de cette substance n'a pas changé au cours des 70 dernières années, mais l'acceptabilité du tabagisme a connu des pics et des déclin en raison de l'évolution de l'opinion publique envers une substance particulière. La réduction du tabagisme repose sur une approche globale de la santé et pangouvernementale qui s'attaque simultanément à la disponibilité, à l'accès, à la publicité et à la disponibilité des traitements en dehors des milieux spécialisés.

Cette distinction de l'opinion publique à propos des substances ne peut pas être facilement expliquée par des différences en termes d'effets ou de méfaits potentiels. En fait, les substances réglementées représentent la majorité de la consommation de substances au Canada. Par



conséquent, la majorité des méfaits pour la santé sont également attribués aux substances réglementées (Groupe de travail scientifique sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances au Canada, 2023). La commercialisation et les effets sur la santé de ces substances sont souvent examinés séparément. En 2022, les ventes de tabac ont totalisé 11,8 milliards de dollars (Statistique Canada, 2023a), tandis que les ventes d'alcool ont totalisé 26,1 milliards de dollars entre le 1^{er} avril 2021 et le 31 mars 2022 (Statistique Canada, 2023b). En examinant la question de plus près, l'alcool, par exemple, a généré 10,9 milliards de dollars de revenus en 2014, tout en entraînant 14,6 milliards de dollars de coûts pour la société (Sherk, 2020).

Stigmatisation des personnes qui consomment des substances

Les personnes vivant avec un trouble lié à la consommation de substances font face à une stigmatisation importante (ACEPA et CCDUS, 2024; Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2019; Fox et coll., 2018). Des études montrent que les personnes vivant avec un trouble lié à la consommation de substances sont perçues comme « dangereuses » et « imprévisibles » (Mannarini et coll., 2015; Hengartner et coll., 2013; Mushtaq et coll., 2015); elles sont personnellement responsables de leur état de santé (Thege et coll., 2015, ACEPA et CCDUS, 2024) et faibles sur le plan moral (Mushtaq et coll., 2015). L'impact de cette stigmatisation est profond et souvent cité comme un obstacle à la recherche d'aide (Cernasev et coll., 2021). La stigmatisation empêche les personnes d'accéder aux services nécessaires et perpétue le cycle de la honte et du secret qui entoure la consommation de substances. Cela peut accroître le danger dans les modes de consommation (par exemple, réutilisation des aiguilles, consommation seul) et le risque d'intoxication (von Hippel et coll., 2018). La stigmatisation peut avoir un impact considérable sur la vie des personnes qui consomment des drogues.

Rien que par son nom, le modèle cadre actuel de « santé mentale et dépendances », auquel on fait souvent référence dans les initiatives fédérales, provinciales, territoriales et communautaires, exclut les personnes qui consomment des substances, mais qui n'ont pas reçu de diagnostic de trouble. Cette approche sous-entend que les personnes qui ont besoin de services de santé liés à la consommation de substances ne trouveront une porte ouverte que si elles souffrent d'une « dépendance ».

Une fois qu'elles sont prises en charge, les personnes peuvent être stigmatisées ou voir leur prise en charge interrompue brutalement en cas de récurrence de consommation de drogue ou d'alcool. La stigmatisation peut donner lieu à un récit erroné attribué à une faiblesse morale ou à un manque d'effort de la part de la personne. Dans le système de santé au sens large, il est rare que des personnes se voient refuser un traitement ou soient exclues des soins parce qu'elles présentent les mêmes symptômes qui les ont poussées à demander de l'aide. De plus, les fournisseurs de services sont stigmatisés en raison de leur travail qui consiste à aider les personnes qui consomment des drogues. Cette stigmatisation est ressentie par leur famille, leurs communautés et d'autres personnes travaillant dans le système de santé (Taha et coll., 2022).

Services et soutiens

De plus en plus d'éléments démontrent la nécessité d'un éventail de soins qui englobe une série de services et qui peut répondre aux résultats autogérés d'une personne. Cet éventail de soins devrait être disponible et accessible aux personnes, quelles que soient les substances qu'elles consomment. La pertinence des différentes composantes du spectre peut varier en fonction de l'état



de santé d'une personne et sa consommation de substances. Le spectre devrait englober le dépistage et l'évaluation, l'intervention brève, la gestion du sevrage, la pharmacologie, les interventions psychologiques et les soutiens au maintien du mieux-être; la réduction des méfaits devrait être intégrée à toutes ces stratégies (Taha, 2018). Ces services devraient également être disponibles pour les personnes qui subissent ou risquent de subir des méfaits liés à la consommation de substances. Si les composantes de ce continuum sont discutées selon des catégories distinctes, plusieurs d'entre elles se chevauchent dans la pratique (p. ex., dépistage et évaluation) et sont particulièrement efficaces lorsqu'elles sont utilisées ensemble. Le cheminement dans le continuum n'est pas nécessairement linéaire. Certaines personnes ont parfois recours à toutes les composantes du continuum, d'autres non, et certaines encore pourraient avoir besoin de revenir à certaines composantes selon le cas (Taha, 2018). Un plan de soins comportant tous ces éléments, ou une partie de ceux-ci, constitue une feuille de route qu'il peut être nécessaire d'adapter en fonction de l'évolution de la situation ou des objectifs personnels.

Soins dirigés par la personne

Les soins dirigés par la personne sont une approche qui considère les besoins de santé particuliers d'une personne et les résultats de santé souhaités comme les principes directeurs de toutes les décisions en matière de soins de santé (Marchand et coll., 2018). Contrairement au système de soins de santé physique au sens large, le système de santé lié à la consommation de substances a rarement donné aux clients l'autonomie nécessaire pour choisir les objectifs des soins ou pour faire des choix éclairés sur différentes approches. Les soins dirigés par la personne représentent un changement plus récent. Il s'agit à la fois d'une pratique et d'un mode de pensée qui considèrent les personnes utilisant les soins de santé et les services sociaux comme des partenaires égaux dans la planification et le développement des soins. On dit souvent : « Rencontrer les gens là où ils sont ». Il est prouvé que les personnes ont plus de chances de réussir lorsqu'elles fixent leurs propres objectifs en fonction de leurs besoins, plutôt que lorsqu'on attend d'elles qu'elles s'adaptent aux routines et aux pratiques que les fournisseurs de soins jugent les plus appropriées (Marchand et coll., 2019).

Historiquement, le traitement de la consommation de substances était largement basé sur l'abstinence, le succès étant mesuré de manière dichotomique : abstinence ou non-abstinence. Cela découle de la croyance que la consommation de substances est un manquement moral de la part de la personne et que l'abstinence est le seul résultat acceptable du traitement (Crouse, 2022). Les soins dirigés par la personne et le traitement des troubles liés à la consommation de substances ayant évolués, on s'est rendu compte que même si l'abstinence fonctionne pour de nombreuses personnes, ce n'est pas l'objectif de toutes celles qui dépendent de l'éventail des soins liés à la consommation de substances. Le mieux-être peut être défini de différentes manières, notamment par une réduction de la consommation ou des méfaits, soit comme une étape vers l'arrêt de la consommation, soit comme un objectif à part entière.

Issue de la crise du VIH, la réduction des méfaits est une approche fondée sur des données probantes et dirigée par des personnes dans le but de réduire les conséquences négatives associées à la consommation de substances pour les personnes qui ne sont pas en mesure d'arrêter de consommer des substances ou qui ne souhaitent pas le faire (CATIE, 2022). La réduction des méfaits englobe une série de services et de pratiques de santé et sociales visant à réduire les méfaits, comme les intoxications, les infections transmises par le sang comme le VIH et l'hépatite C, et les infections de tissu.

Les stratégies de réduction des méfaits peuvent inclure des renseignements sur une consommation plus sûre, des sites de consommation supervisée et la fourniture d'aiguilles et de seringues. Des



interventions de santé publique plus larges, comme le contrôle des substances ou des drogues et les alertes publiques, peuvent être des interventions de réduction des méfaits au niveau de la population. Le traitement par agonistes opioïdes, l'exemple idéal du traitement des troubles liés à la consommation d'opioïdes, a débuté dans les années 1960 comme une alternative à l'abstinence et un programme de réduction des méfaits (Fisher, 2000).

Soins intégrés

Comme indiqué précédemment, il est important que la santé liée à la consommation de substances, la santé mentale et la santé physique soient reconnues comme étant interconnectées, mais distinctes (Alford et coll., 2016; Groupe de travail canadien sur la douleur, 2020; Graham et coll., 2017). La consommation d'alcool de toute quantité, par exemple, contribue à une multitude d'états de santé physique, y compris le cancer, les maladies cardiaques, les maladies du foie, les blessures involontaires et la violence (Paradis et coll., 2023). La consommation d'alcool ou de tabac peut être liée aux infections transmissibles sexuellement (Bajaj, 2017). Inversement, la douleur physique, les traumatismes et le stress sont des prédicteurs connus des problèmes de santé liés à la consommation de substances. S'ils sont traités séparément, les symptômes manifestes - et non les causes sous-jacentes - sont souvent considérés de manière isolée, ce qui a des répercussions importantes sur la santé et les finances. Pourtant, la plupart des personnes qui consomment des substances ou qui ont des problèmes de santé mentale n'ont pas de trouble diagnostiqué, et encore moins de diagnostic concomitant. Il est difficile de trouver des statistiques récentes, mais en 2012, seulement 1,2 % des personnes vivant au Canada avaient reçu un diagnostic de trouble concomitant (Khan, 2017). Cela indique que la prestation de services simultanés n'est pas la seule solution.

Les conséquences de ces cooccurrences touchent tous les aspects de la santé. Il existe des obstacles qui ne reconnaissent pas les interrelations entre ces préoccupations, comme le fait de devoir être abstinent avant d'accéder aux services de santé mentale ou de ne pas pouvoir bénéficier d'une chirurgie cardiaque en raison d'une consommation de drogues par voie intraveineuse. Des soins efficaces pour les personnes se trouvant dans le spectre de la santé liée à la consommation de substances doivent être intégrés au contexte plus large de tous les aspects de la santé afin d'observer des changements significatifs dans le bien-être des personnes vivant au Canada.

Même lorsqu'ils répondent à ces critères, les soutiens et les services de santé liés à la consommation de substances sont disparates à l'échelle du pays, avec une disponibilité extrêmement limitée dans les zones rurales et éloignées. Parallèlement à ces facteurs, il existe au Canada une offre de soins de santé publique et privée en matière de consommation de substances. Cela crée un système à deux vitesses dans lequel les personnes qui ont les moyens de payer les services peuvent y accéder, tandis que celles qui n'ont pas les moyens de payer doivent attendre (Russell et coll., 2021). Or, les services de soins de santé liés à la consommation de substances sont peu réglementés. Donc, même les personnes qui paient pour recevoir des soins dans un établissement privé n'ont aucune garantie quant à la qualité ou à l'efficacité des soins qu'elles reçoivent. Les traitements reçus en établissement privé peuvent être dépourvus de mécanismes de contrôle et de responsabilité, ce qui peut entraîner l'utilisation de programmes non fondés sur des données probantes qui nuisent davantage aux personnes ayant accès aux services (White et McLellan, 2008). De plus, les programmes gouvernementaux, souvent destinés à servir les plus défavorisés (Palepu et coll., 2013), sont sous-financés, manquent de personnel et ont de longs délais d'attente (Anderssen, 2020).

Les personnes ayant un savoir expérientiel passé ou présent, parfois appelées « pairs » ou « aide mutuelle », sont d'une grande importance. Ces personnes ont assumé le rôle de prestataires de services là où les soins étaient autrement ignorés. Le soutien par les pairs repose sur le principe que



le fait de parler de ses expériences de vie profite à la fois à la personne qui reçoit l'aide et à la personne qui l'apporte (Tracy et Wallace, 2016). Cette relation a été associée à une augmentation de l'autonomie, de l'espoir et du sens d'appartenance à la communauté. Cette assistance non clinique est fournie par des personnes présentant des états ou des circonstances similaires et aide à progresser vers le bien-être (Tracy et Wallace, 2016).

Agissant souvent comme des proches aidants ou des gestionnaires de cas informels, la famille¹ et les amis jouent également un rôle essentiel dans la santé d'une personne qui consomme des substances (BC Centre on Substance Use, 2018; Hadland et coll., 2021). Le fait d'avoir une relation positive avec un proche aidant représente un facteur de protection contre le début de la consommation de substances et sa progression (Rowe, 2012). La participation des proches aidants au traitement et à la prise en charge de la consommation de substances favorise également un plus grand engagement envers le traitement, ainsi que des résultats plus positifs.

Malgré le rôle intégral que la famille et les amis peuvent jouer dans le soutien de la santé d'une personne qui consomme des substances, les modèles de soins existants omettent souvent de mobiliser systématiquement les membres de la famille en tant qu'alliés de soutien dans les soins (Bagley et coll., 2021). En outre, les proches aidants sont confrontés à d'importants obstacles pour soutenir la santé de leur proche en matière de consommation de substances, notamment un manque de ressources, d'éducation et d'outils pour naviguer dans les systèmes de santé, une incapacité à accéder à des renseignements essentiels sur la santé de leur proche et les expériences de stigmatisation (Bagley et coll., 2021; Marchand et coll., 2022). Cela se traduit souvent par leur exclusion du traitement et des soins de leur proche (Kourgiantakis et Ashcroft, 2018).

Occasions

Il est nécessaire de disposer d'une gamme de soutiens et de services couvrant l'ensemble du spectre de la consommation de substances, où plusieurs secteurs jouent un rôle et où les personnes peuvent accéder à des soins qui répondent aux objectifs qu'elles souhaitent atteindre. L'idéal serait que ces services soient regroupés sous un même toit. Les discussions sur les avantages et les risques pour la santé de la consommation de substances sont exclues de la plupart des travaux actuels (ACEPA et CCDUS, 2024). On part du principe que l'état de santé actuel des personnes qui consomment des substances est statique et que celles qui n'en consomment pas aujourd'hui n'en consommeront pas à l'avenir. Cela a des conséquences importantes sur les occasions manquées en matière de prévention, d'éducation et d'intervention.

Un cadre de santé en matière de consommation de substances (ACEPA, 2020) constitue un point de départ pour la promotion de la santé, l'information et les services dans tout le spectre de la consommation de substances pour toutes les personnes vivant au Canada. Comme pour la santé mentale et la santé physique, ce cadre exige une vision large de la santé qui *inclut la maladie*, et non une vision de la maladie qui *exclut la santé*. L'idée est de créer un langage commun et inclusif de la santé liée à la consommation de substances, et pas seulement un langage spécialisé et distinct pour les personnes souffrant de « dépendances » - et, ce faisant, de réduire la stigmatisation et l'exclusion.

Bien que la feuille de route pour la normalisation des services de santé mentale et de consommation de substances soit axée sur les services de traitement, le système de santé dispose

¹ La famille est définie au sens large et comprend, sans s'y limiter, les partenaires, les conjoints, les frères et sœurs, les amis, les enfants adultes et les parents.



d'une occasion unique de recadrer sa façon d'aborder les soutiens et les services en la matière. Les discussions sur la consommation de substances devraient commencer plus tôt, avant qu'une personne n'atteigne un niveau de consommation plus élevé ou ne soit considérée comme souffrant d'un trouble lié à la consommation de substances. En abordant la question de la santé liée à la consommation de substances de manière plus proactive, nous pouvons réduire certains des coûts personnels, sociaux, économiques et de santé connexes (Groupe de travail scientifique sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances au Canada, 2023).

Des modèles plus explicites en matière de promotion de la santé et de prévention commencent à voir le jour, comme les solutions de soins par paliers (Cornish, 2023) et la planification fondée sur les besoins (Rush et coll., 2008). Cependant, les soins de santé liés à la consommation de substances commencent actuellement à la maladie, et les services et les soutiens diminuent à mesure que les personnes deviennent plus en santé ou se considèrent déjà comme en bonne santé.

Aucune intervention ne peut à elle seule répondre à la complexité de la santé liée à la consommation de substances et aux méfaits qui en découlent. Un véritable changement nécessite une reconceptualisation de la façon dont nous considérons la consommation de substances et le rôle du système de santé pour répondre aux préoccupations, qui englobe toutes les considérations uniques exposées dans ce chapitre.

Une approche globale et multisectorielle est nécessaire. Il s'agit notamment d'investir dans un continuum de services sociaux et de santé et, au moyen d'un leadership exercé conjointement, d'appliquer l'expertise des personnes ayant un savoir expérientiel passé ou présent. Pour garantir que les solutions soient efficaces et ne perpétuent pas par inadvertance la stigmatisation ou d'autres méfaits, il est nécessaire que des personnes ayant un savoir expérientiel passé ou présent prennent part à l'élaboration de ce continuum.

Des décennies de recherche ont démontré que pour être efficaces, les efforts de prévention et même les traitements doivent tenir compte de l'ensemble de la personne et de son environnement (Foxcroft et Tsertsvadze, 2012). Les communautés ont un rôle important à jouer dans la mise en place de ces environnements plus sains et dans l'aide apportée aux familles pour qu'elles acquièrent des compétences et aient de l'espoir.

Dans l'ensemble, ces considérations offrent la possibilité d'améliorer les résultats concernant la santé liée à la consommation de substances chez les personnes vivant au Canada. La prestation de soins holistiques, fondés sur des données probantes, non oppressifs, exempts de racisme et centrés sur la personne pour les personnes souffrant de problèmes de consommation de substances permettra d'améliorer l'accès équitable à des services et à des soutiens de qualité. Il s'agit là d'une occasion complexe, mais attrayante de normaliser les soins au sein du système de santé et, en raison des liens avec d'autres secteurs, de normaliser les soins dans de multiples domaines. Quelle que soit l'approche, le plus important est d'inclure une diversité de personnes dont les voix ont été traditionnellement exclues pour occuper des postes de codirection relativement aux décisions qui les concernent.



Références

- Alford, D. P., German, J. S., Samet, J. H., Cheng, D. M., Lloyd-Travaglini, C. A. et Saitz, R. (2016). Primary Care Patients with Drug Use Report Chronic Pain and Self-Medicating with Alcohol and Other Drugs. *Journal of General Internal Medicine*, 31(5), 486–491. <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3586-5> (en anglais seulement)
- Anderssen, E. (2020). Crowded housing, tenuous jobs, and starting over in the midst of a pandemic raise risk of mental-health issues for immigrants and refugees. *The Globe and Mail*. <https://www.theglobeandmail.com/canada/article-crowded-housing-tenuous-jobs-and-starting-over-in-the-midst-of-a/> (en anglais seulement)
- Baan, R., Straif, K., Grosse, Y., Secretan, B., El Ghissassi, F., ...Cogliano, V. au nom du Groupe de travail des monographies du Centre international de recherche sur le cancer de l'OSM. (2007). Carcinogenicity of alcoholic beverages. *The Lancet Oncology*, 8(4), 292–293. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(07\)70099-2](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(07)70099-2) (en anglais seulement)
- Bagley, S. M., Ventura, A. S., Lasser, K. E. et Muench, F. (2021). Engaging the family in the care of young adults with substance use disorders. *Pediatrics*, 147 (Suppl 2), S215–S219. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-023523C> (en anglais seulement)
- Bajaj, S., Ramayanam, S., Enebeli, S., Nsohtabien, H., Andkhoie, M., ... Farag, M. (2017). Risk factors for sexually transmitted diseases in Canada and provincial variations *Social Medicine*, 11(2), 62–69. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29963300/> (en anglais seulement)
- Beauchesne, L. (1989). De la criminalisation à la légalisation des drogues : de Charybde en Scylla? *Criminologie*, 22(1), 67–83. <https://doi.org/10.7202/017274ar> (en anglais seulement)
- BC Centre on Substance Use, ministère de la Santé de la C.-B. et ministère de la Santé mentale et des Dépendances de la C.-B. (2018). *A guideline for the clinical management of opioid use disorder—youth supplement*. <https://www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2018/06/ODU-Youth.pdf> (en anglais seulement)
- Institut canadien d'information sur la santé (2023). *L'accès aux services liés à la santé mentale et à l'utilisation de substances demeure difficile au Canada*. <https://www.cihi.ca/fr/le-pouls-des-soins-de-sante-un-aperçu-de-la-situation-au-canada-2023/laccés-aux-services-liés-a-la>
- Groupe de travail canadien sur la douleur (2020). *Travailler ensemble pour mieux comprendre, prévenir et gérer la douleur chronique : Ce que nous avons entendu*. Ottawa, ON. Santé Canada, <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/corporate/about-health-canada/public-engagement/external-advisory-bodies/canadian-pain-task-force/report-2020-rapport/2020-rapport.pdf>
- Groupe de travail scientifique sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances au Canada (2023). *Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada (2007-2020)*. Ottawa, ON. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances <https://cemusc.ca/documents/reports/francais/Canadian-Substance-Use-Costs-and-Harms-Report-2023-fr.pdf>.
- CATIE. (2022). *Réduction des méfaits pour les personnes qui utilisent des drogues : Approches émergentes et programmes éprouvés*. <https://www.catie.ca/fr/point-de-mire-sur-la-prevention/reduction-des-mefaits-pour-les-personnes-qui-utilisent-des-drogues>



- ACEPA. (2020). Comprendre la santé en matière de l'usage de substances : Une question d'équité. <https://capsa.ca/wp-content/uploads/2022/10/CAPSA-Substance-Use-Health-FR.pdf>
- Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS) et ACEPA. (2024). *The starting place: Understanding systemic stigma barriers to knowledge about Substance Use Health and associated services in Canada*. https://capsa.ca/2023/wp-content/uploads/2023/11/National-Survey-Substance-Use-Health-CAPSA-CCSA_Nov-17-1.pdf (en anglais seulement)
- Cernasev, A., Hohmeier, K. C., Frederick, K., Jasmin, H., et Gatwood, J. (2021). A systematic literature review of patient perspectives of barriers and facilitators to access, adherence, stigma, and persistence to treatment for substance use disorder. *Exploratory Research in Clinician and Social Pharmacy*, 2, Article 100029. <https://doi.org/10.1016/j.rcsop.2021.100029> (en anglais seulement).
- Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada (2019). *Lutte contre la stigmatisation : Vers un système de santé plus inclusif*. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/corporate/publications/chief-public-health-officer-reports-state-public-health-canada/addressing-stigma-what-we-heard/stigma-fre.pdf>
- Loi réglementant certaines drogues et autres substances (2023). L.C. 1996, ch. 19. <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/c-38.8/>
- Cornish, P. (2023). Open Access. Dans : Cornish, P., Berry, G. (Éd.) *Stepped care 2.0: The power of conundrums*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-031-45206-2_2 (en anglais seulement).
- Crouse, J. (2022). *Exploring substance use in Canada: A guide for social service workers, Chapter 6.2 Moral theory*. <https://pressbooks.nsc.ca/substanceuse/chapter/moral-theory/> (en anglais seulement)
- Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. (2015). *Alternatives to punishment for drug-using offenders*. Luxembourg : Publications Office of the European Union. https://www.emcdda.europa.eu/publications/emcdda-papers/alternatives-to-punishment_en (en anglais seulement)
- Comité consultatif spécial fédéral, provincial et territorial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes. (2024). *Méfais associés aux opioïdes et aux stimulants au Canada*. Ottawa, ON. Agence de la santé publique du Canada. <https://sante-infobase.canada.ca/mefaits-associes-aux-substances/opioides-stimulants>
- Fisher, B. (2000). Prescriptions, power and politics: The turbulent history of methadone maintenance in Canada. *Journal of Public Health Policy*, 21(2), 187–210. <https://doi.org/10.2307/3343343> (en anglais seulement)
- Fox, A. B., Earnshaw, V. A., Taverna, E. C. et Vogt, D. (2018). Conceptualizing and measuring mental illness stigma: The mental illness stigma framework and critical review of measures. *Stigma Health*, 3(4), 348–376. <https://doi.org/10.1037/sah0000104> (en anglais seulement)
- Foxcroft, D. R. et Tsertsvadze, A. (2012). Universal alcohol misuse prevention programmes for children and adolescents: Cochrane systematic reviews. *Perspectives in Public Health*, 132(3), <https://doi.org/10.1177/1757913912443487> (en anglais seulement)



- Gouvernement du Canada. (2021). *Enquête canadienne sur l'alcool et les drogues (ECAD) : sommaire des résultats pour 2019*. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-alcool-drogues/sommaire-2019.html>
- Gouvernement du Canada, ministère de la Justice. (2023). *Projet de loi C-5 : La Loi modifiant le Code criminel et la Loi réglementant certaines drogues et autres substances*. https://www.justice.gc.ca/fra/sjc-csj/pl/charte-charter/c5_1.html
- Graham, K., Cheng, J., Bernards, S., Wells, S., Rehm, J., et Kurdyak, P. (2017). How much do mental health and substance use/addiction affect use of general medical services? Extent of use, reason for use, and associated costs. *Canadian Journal of Psychiatry*, 62(1), 48–56. <https://doi.org/10.1177/0706743716664884> (en anglais seulement)
- Hadland, S. E., Yule, A. M., Levy, S. J., Hallett, E., Silverstein, M. et Bagley, S. M. (2021). Evidence-based treatment of young adults with substance use disorders. *Pediatrics*, 147(Suppl 2), S204–S214. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-023523D> (en anglais seulement)
- Santé Canada (2024). *Loi canadienne sur la santé : Rapport annuel*. Ottawa, ON. Auteur <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/publications/health-system-services/canada-health-act-annual-report-2022-2023/loi-canadienne-sur-la-sante-rapport-annuel-2022-2023.pdf>
- Health Officers Council of British Columbia (2005). *A public health approach to drug control in Canada*. Victoria (C.-B.) : Auteur. <http://www.cfdp.ca/bchoc.pdf> (en anglais seulement)
- Hengartner, M. P., Loch, A. A., Lawson, F. L., Guarniero, F. B., Wang, Y. P., Rössler, W. et Gattaz, W. F. (2013). Public stigmatization of different mental disorders: A comprehensive attitude survey. *Epidemiology Psychiatry Science*. 22, 269–274. <https://doi.org/10.1017/S2045796012000376> (en anglais seulement)
- Khan, S. (2017). *Troubles concomitants de santé mentale et de consommation d'alcool ou de drogues au Canada* Ottawa, ON. Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2017008/article/54853-fra.htm>
- Kitchen, S. A., McCormack, D., Werb, D., Caudarella, A., Martins, D., Matheson, F. I. et Gomes, T. (2021). Trends and outcomes of serious complications associated with non-fatal opioid overdoses in Ontario, Canada. *Drug and Alcohol Dependence*, 225, Article 108830. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108830> (en anglais seulement)
- Kourgiantakis, T. et Ashcroft, R. (2018). Family-focused practices in addictions: A scoping review protocol. *BMJ Open*, 8 (1), Article e019433. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019433> (en anglais seulement)
- Lev-Ran, S., Imtiaz, S., Rehm, J. et Le Foll, B. (2013). Exploring the association between lifetime prevalence of mental illness and transition from substance use to substance use disorders: Results from the National Epidemiologic Survey of Alcohol and Related Conditions (NESARC). *The American Journal on Addictions*, 22(2), 93–98. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23414492/> (en anglais seulement)
- Mannarini, S. et Boffo, M. (2015). Anxiety, bulimia, drug and alcohol addiction, depression, and schizophrenia: what do you think about their aetiology, dangerousness, social distance, and treatment? A latent class analysis approach. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(1), 27–37. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0925-x> (en anglais seulement)



- Marchand, K., Beaumont, S., Westfall, J., Macdonald, S., Harrison, S., Marsh, D. C., Schechter, M.T. et Oviedo-Joekes, E. (2018). Patient-centred care for addiction treatment: A scoping review protocol. *BMJ Open*, 8 (12), Article e024588. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024588>
- Marchand, K., Beaumont, S., Westfall, J., Macdonald, S., Harrison, S., Marsh, D. C., Schechter, M.T. et Oviedo-Joekes, E. (2019). Conceptualizing patient-centered care for substance use disorder treatment: Findings from a systematic scoping review. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 14, 37. <https://doi.org/10.1186/s13011-019-0227-0> (en anglais seulement)
- Marchand, K., Turuba, R., Katan, C., Brasslet, C., Fogarty, O., Tallon, C., ... Barbic, S. (2022). Becoming our young people's case managers: Caregivers' experiences, needs, and ideas for improving opioid use treatments for young people using opioids. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 17(1), 34. <https://doi.org/10.1186/s13011-022-00466-2> (en anglais seulement)
- Mushtaq, S., Mendes, V., Nikolaou, V. et Luty, J. (2015). Analysis of the possible components of stigmatised attitudes towards depression and heroin dependence. *Journal of Substance Use*, 20, 399–406. <https://doi.org/10.3109/14659891> (en anglais seulement)
- National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US) Office on Smoking and Health. (2014). *The health consequences of smoking—50 years of progress: A report of the surgeon general*. Atlanta, GA : Centers for Disease Control and Prevention (US). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK179276/>
- Commission ontarienne des droits de la personne. (2020). *Un impact disparate : Deuxième rapport provisoire relatif à l'Enquête de la Commission ontarienne des droits de la personne sur le profilage et la discrimination raciale par le service de police de Toronto*. Toronto (ON) : Gouvernement de l'Ontario. <https://www3.ohrc.on.ca/sites/default/files/Un%20impact%20disparate%20%28mise%20%C3%A0%20jour%202023%29.pdf>
- Pacheco, K., Reynolds, J. et Renard, J. (2024). *Understanding cannabis consumption in Canada: What we heard from frequent consumers of cannabis* [Manuscrit en préparation]. Ottawa, ON. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances.
- Palepu, A., Gadermann, A., Hubley, A. M., Farrell, S., Gogosis, E., Aubry, T. et Hwang, S. W. (2013). Substance use and access to health care and addiction treatment among homeless and vulnerably housed persons in three Canadian cities. *PLOS ONE*, 8(10), Article e75133. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0075133> (en anglais seulement)
- Paradis, C., Butt, P., Shield, K., Poole, N., Wells, S., Naimi, T., Sherk, A. et les groupes d'experts scientifiques des Directives de consommation d'alcool à faible risque. (2023). *Repères canadiens sur l'alcool et la santé : Rapport final*. Ottawa, ON. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2023-01/CCSA_Canada_Guidance_on_Alcohol_and_Health_Final_Report_fr_0.pdf.
- Reid, J. L., Hammone, D., Burkhalter, R., Rynard, V. L. (2022). *Tobacco use in Canada: Patterns and trends, 2022 edition*. Waterloo (ON) : Université de Waterloo. https://uwaterloo.ca/tobacco-use-canada/sites/default/files/uploads/files/tobacco_use_in_canada_2022_4.pdf
- Rowe, C. L. (2012). Family therapy for drug abuse: review and updates 2003–2010. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(1), 59–81. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2011.00280.x> (en anglais seulement)



- Rush, B., Urbanoski, K., Bassani, D., Castel, S., Wild, T. C., Strike, C., Kimberley, D et Somers, J. (2008). Prevalence of co-occurring substance use and other mental disorders in the Canadian population. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53(12). <https://doi.org/10.1177/070674370805301206>
- Russell, C., Ali, F., Nafeh, F., LeBlanc, S., Imtiaz, S., Elton-Marshall, T. et Rehm, J. (2021). A qualitative examination of substance use service needs among people who use drugs (PWUD) with treatment and service experience in Ontario, Canada. *BMC Public Health*, 21. Article 2021. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12104-w>
- Scher, B. D., Neufeld, S. D., Butler, A. B., Bonn, M., Zakimi, N., Farrell, J. et Greer, A. (2023). “Criminalization causes the stigma” : Perspectives from people who use drugs. *Contemporary Drug Problems*, 50(3), 402–425. <https://doi.org/10.1177/00914509231179226>
- Sénat du Canada. (2022). *Le Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles* <https://sencanada.ca/fr/Content/Sen/Committee/441/LCJC/19EV-55655-F>
- Sherk A. (2020). At-a-glance - The alcohol deficit: Canadian government revenue and societal costs from alcohol. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada*, 40 (5–6), 139–42. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7367422/#:~:text=Nationally%2C%20government%20revenue%20of%20%2410.9.alcohol%20deficit%20of%20%243.7%20billion>
- Statistique Canada (2021). *Consommation abusive d'alcool, selon le groupe d'âge*, Tableau 13-10-0096-11. https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310009601&request_locale=fr
- Statistique Canada (2023a). *Enquête sur les marchandises vendues, ventes au détail inactif (x1000) [Archivé]* https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=2010001601&request_locale=fr
- Statistique Canada (2023b). *Indice des prix à la consommation mensuel, non désaisonnalisé*. Tableau : 18-10-0004-01 (anciennement CANSIM 326-0020) https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1810000401&request_locale=fr
- Taha, S. (2018). *Pratiques exemplaires dans le continuum des soins pour le traitement du trouble lié à l'usage d'opioïdes* Ottawa, ON. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-Best-Practices-Treatment-Opioid-Use-Disorder-2018-fr.pdf>.
- Taha, S., King, S. et Atif, S. (2022). *Expérience des fournisseurs de services de réduction des méfaits los de la double urgence de santé publique au Canada*. Ottawa, ON. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2022-09/CCSA-Experiences-of-Harm-Reduction-Service-Providers-fr.pdf>.
- Thege, B. K., Colman, I., el-Guebaly, N., Hodgins, D. C., Patten, S., Schopflocher, D., Wolfe, J. et Wild, T. C. (2015). Social judgments of behavioral versus substance-related addictions: A population-based study. *Addictive Behaviors*, 42, 24–31. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.10.025> (en anglais seulement)
- Tracy, K. et Wallace, S. P. (2016). Benefits of peer support groups in the treatment of addiction. *Substance Abuse and Rehabilitation*, 7, 143–154. <https://doi.org/10.2147/SAR.S81535>
- Volkow, N. D., Fowler, J. S., Wang, G. J., Swanson, J. M. et Telang, F. (2007). Dopamine in drug abuse and addiction: results of imaging studies and treatment implications. *Archives of Neurology*, 64(11), 1575–1579. <https://doi.org/10.1001/archneur.64.11.1575>



- Volkow, N. D., Tomasi, D., Wang, G. J., Logan, J., Alexoff, D. L., Jayne, M., ... Du, C. (2014). Stimulant-induced dopamine increases are markedly blunted in active cocaine abusers. *Molecular Psychiatry*, 19(9), 1037–1043. <https://doi.org/10.1038/mp.2014.58>
- von Hippel, C., Brener, L. et Horwitz, R. (2018). Implicit and explicit internalized stigma: Relationship with risky behaviors, psychosocial functioning and healthcare access among people who inject drugs. *Addictive Behaviors*, 76, 305–311. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.08.036>
- White, W. L. et McLellan, A. T. (2008). Addiction as a chronic disease: Key messages for clients, families and referral sources. *Counselor*, 9(3), 24–33. <https://www.chestnut.org/resources/3f4190f8-8d8a-4fe3-bba0-54254083a75f/2008AddictionasaChronicDisease.pdf> (en anglais seulement)

RAPPORT DE RECOMMANDATIONS SUR

L'accréditation dans le domaine de la santé mentale et de la santé liée à la consommation de substances

Mars 2024

Préparé par : Organisation de normes en santé



TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos	1
Résumé	3
Introduction et mise en contexte	5
Comprendre les normes, l'accréditation et l'évaluation de la conformité	11
État des lieux de l'accréditation des prestataires de services de santé	18
Perspectives en matière d'engagement	34
Perceptions à l'égard des soins en SMSLCS au Canada	39
Connaissance et utilisation des normes et de l'accréditation en SMSCS	44
Avantages perçus des normes et de l'accréditation en SMSCS	48
Limites perçues des normes et de l'accréditation en SMSCS	54
Recommandations au sujet de l'avenir de l'accréditation	62
Définitions	69
Bibliographie	75

Avant-propos du CCN



Le Conseil canadien des normes (CCN) est une société d'État qui relève du portefeuille d'Innovation, Sciences et Développement économique (ISED) Canada. Le CCN dirige et facilite l'élaboration et l'utilisation de normes nationales et internationales et de services d'accréditation dans le but d'améliorer la compétitivité économique et le bien-être social du Canada. Comme membre de l'Organisation internationale de normalisation (ISO) et de la Commission électrotechnique internationale (CEI), le CCN défend les intérêts du Canada sur la scène internationale.

En tant que principale organisation d'accréditation au Canada, le CCN donne confiance aux marchés domestiques et étrangers en veillant à ce que les organismes d'évaluation de la conformité respectent les normes nationales et internationales les plus strictes. Il offre des services d'accréditation à une clientèle diverse comprenant des autorités de certification de produits, des laboratoires d'essai et des organismes d'élaboration de normes. La liste des programmes du CCN et des organismes accrédités est disponible au www.scc.ca.

CE RAPPORT EST DISPONIBLE EN ANGLAIS ET FRANÇAIS.

Avant-propos de HSO



L'Organisation de normes en santé (HSO), ainsi que nos entités affiliées Agrément Canada (AC) et le Institute for Quality Management in Healthcare (IQMH) sont des organisations mondiales à but non lucratif unies par la vision de rendre les soins plus sûrs et le monde plus sain. Depuis plus de 60 ans, les programmes et services centrés sur la personne offerts par HSO constituent la référence de qualité dans l'écosystème de la santé.

HSO élabore des normes, des programmes d'évaluation et des solutions d'amélioration de la qualité adoptés dans plus de 12 500 endroits sur cinq continents. HSO est l'unique organisme d'élaboration de normes dédié aux services de santé et sociaux. Les normes mondiales élaborées par HSO respectent les exigences de la International Society for Quality in Health Care (ISQua). Nos normes nationales sont reconnues par le Conseil canadien des normes (CCN). L'ensemble des normes et programmes de HSO s'appuient sur des preuves et le travail de spécialistes, notamment des personnes avec une expérience vécue.

Contribution de tiers

Pour réaliser ce projet, l'Organisation de normes en santé a fait appel à deux organisations tierces aux fins de soutien à la recherche. Le soutien des tiers devait permettre une approche objective et impartiale dans la collecte et l'analyse des réponses, ainsi que la formulation de recommandations.

BoardWalk Group a contribué à la gestion du projet, effectué l'analyse documentaire et l'analyse environnementale, et appuyé l'orientation stratégique du projet.

Exult Experience Design a mené le travail d'engagement, y compris les entretiens approfondis, le sondage en ligne et les discussions en petits groupes. Cette approche a permis de s'assurer qu'une tierce partie neutre menait les activités d'engagement et de garantir la confidentialité des réponses.

Observations clés

Les réponses qualitatives et quantitatives recueillies auprès des détenteurs et détentrices de connaissances ont la qualité de perspectives et de perceptions et n'étaient pas liées à des résultats quantitatifs. L'échantillon du sondage en ligne comprenait des personnes ayant une expérience ou des connaissances du domaine de la santé mentale et de la santé liée à la consommation de substances. Ce sondage n'est pas représentatif de l'ensemble de la population.

RÉSUMÉ

En 2022, le Conseil canadien des normes (CCN) a créé le Collectif national de normalisation en santé mentale et santé liée à la consommation de substances (SMSCS) comme forum visant à faciliter la participation de diverses parties intéressées. Le Collectif a développé une feuille de route de normalisation dans le but de déterminer de futures possibilités pour améliorer la prestation de services et les résultats de traitement en SMSCS à l'échelle nationale. La feuille de route servira d'orientation dans la création de règles, de lignes directrices et de caractéristiques définies collectivement afin d'assurer la qualité et l'accessibilité des services et programmes en SMSCS.

Pour réaliser ce travail, le CCN s'est associé à l'Organisation de normes en santé (HSO) afin d'évaluer les besoins et les possibilités pour créer des plans d'évaluation de la conformité et des programmes d'accréditation en SMSCS. Les résultats de cette évaluation compléteront la feuille de route. Dans le cadre de cette initiative, des recherches approfondies, une analyse des données probantes et d'importants efforts de participation – notamment sous forme d'entretiens, de sondages et de discussions – ont été réalisés auprès de personnes ayant une expérience vécue ou présente, de leaders et de représentants et représentantes autochtones, de prestataires de services de santé et sociaux, de gouvernements, d'organismes à but non lucratif, de chercheurs et chercheuses, d'universitaires et d'organismes d'accréditation. Cet engagement visait à cerner les forces et les limites perçues, ainsi que les améliorations potentielles relatives au processus d'accréditation et d'évaluation de la conformité.

Les efforts de participation ont fait ressortir un sentiment net quant au possible rôle clé de l'accréditation et de l'évaluation de la conformité dans l'amélioration des soins en SMSCS. Les personnes interrogées ont souligné le rôle de l'accréditation pour favoriser des soins de qualité, l'amélioration continue, une meilleure réputation organisationnelle, une sécurité accrue, la promotion de la normalisation et de meilleures pratiques. Dans un même temps, les conversations ont également mis en lumière des limites importantes perçues de l'accréditation. Ces limites comprennent une représentation inadéquate des communautés et des individus issus de la diversité, des besoins en ressources et financiers élevés, des programmes trop complexes et nécessitant beaucoup de ressources, une surveillance insuffisante se traduisant par une mise en œuvre superficielle, des lacunes en matière de sécurité culturelle, les disparités en matière d'équité en santé et le manque d'accent sur les résultats de santé.

Les recommandations formulées dans ce rapport visent à remédier aux limites mises en évidence et englobent les points suivants :

1. Importance de la collaboration centrée sur les clients et clientes
2. Maintenir des normes et des programmes d'accréditation opportuns et pertinents
3. Sécurité culturelle et sensibilité des normes et des programmes d'accréditation
4. Optimiser le processus d'accréditation
5. Accroître les connaissances et l'utilisation des normes et de l'accréditation
6. Utiliser l'accréditation comme levier pour créer une culture axée sur la qualité et la sécurité
7. Mettre les soins intégrés au cœur des normes et programmes d'accréditation
8. Éliminer les barrières à la mise en place de programmes d'accréditation

Ces recommandations jettent les bases pour transformer le secteur de la SMSCS, relever les défis et promouvoir un système réactif, inclusif et centré sur les clients et clientes..

Santé mentale et santé liée à la consommation de substances au Canada

Environ 1,2 million d'enfants et de jeunes au Canada vivent avec une maladie mentale. Une personne sur cinq est touchée avant d'atteindre l'âge de 25 ans.¹ En 2020, la consommation de substances au Canada a coûté plus de 49 milliards de dollars, a nécessité plus de 270 000 hospitalisations et a contribué à près de 74 000 décès.² Au cours des dernières années, la pandémie de COVID-19 a poussé à bout le système de SMSCS qui était déjà sous haute pression. La pandémie a mis en lumière un manque de services et d'accès équitable, auquel il faut remédier de façon urgente.

Selon une enquête de 2021, la part des Canadiens et Canadiennes ayant 18 ans et plus qui éprouvent des symptômes de dépression, d'anxiété ou de stress posttraumatique est passée d'environ une personne sur cinq à une personne sur quatre entre l'automne 2020 et le printemps 2021.³ De plus, au Canada, au cours de la vie d'une personne moyenne, la part de celles qui souffrent d'un trouble lié à la consommation de substances est supérieure à celles qui souffrent d'un trouble d'humeur.⁴

La combinaison de taux croissants de personnes qui éprouvent des troubles mentaux et consomment des substances, d'acuité et d'interruption de services a exacerbé un système et une main-d'œuvre déjà épuisés. Cette situation exerce une pression énorme sur les systèmes de santé et de services sociaux et se traduit par des problèmes d'accès aux soins, des soins fragmentés et désorganisés, des soins de qualité hautement variable et un nombre appréciable de Canadiens et Canadiennes dont les besoins ne sont pas comblés. Cette période difficile a souligné la nécessité de trouver des solutions à des problèmes de longue date dans la prestation de services en SMSCS au pays.

Collectif de normalisation en santé mentale et santé liée à la consommation de substances du Conseil canadien des normes

La normalisation est déterminante pour améliorer la qualité des services en SMSCS partout au Canada. Elle assure la cohérence dans la prestation des soins, indépendamment du lieu ou du prestataire, et la mise en exergue des défis liés à un accès équitable à des soins de qualité. En définissant des normes communes, les organisations de santé peuvent comparer leurs services à des critères reconnus à l'échelle nationale, ce qui favorise un niveau de qualité uniforme des soins. À la base des pratiques exemplaires, des normes améliorent la sécurité des clients et clientes, ainsi que l'efficacité et l'accès aux soins.

L'accréditation joue un rôle clé dans la mise en pratique des normes. Elle permet d'évaluer les organisations en fonction des normes établies pour faire en sorte qu'elles respectent des critères précis de qualité et de rendement. Il s'agit d'un processus qui favorise l'amélioration continue, l'innovation et la responsabilisation parmi les prestataires de services en SMSCS. En fin de compte, il favorise de meilleurs résultats pour la santé des personnes qui accèdent à ces services. Qui plus est, l'accréditation renforce la confiance du public envers les services en SMSCS, car elle montre que l'organisation s'engage à respecter des normes de soin élevées.

En mars 2022, le gouvernement du Canada a annoncé qu'il travaillera avec le Conseil canadien des normes (CCN) pour élaborer des livrables normatifs afin d'améliorer la qualité des services en SMSCS au Canada. De plus, le CCN a créé le Collectif national de normalisation en SMSCS pour faciliter la participation d'une multitude de partenaires clés qui contribuent à l'élaboration d'une feuille de route de normalisation en SMSCS.

La feuille de route énonce les résultats constatés et escomptés en matière de normalisation dans les services canadiens en SMSCS, notamment des recommandations pour corriger des lacunes et tenir compte d'éléments qui requièrent de la normalisation.

Parallèlement au développement de la feuille de route de normalisation en SMSCS, le CCN s'est associé à des organisations pour la réalisation de six livrables normatifs à propos des sujets prioritaires suivants :

- Intégration des services de santé primaires
 - Intégration de la SMSCS dans les structures de soins primaires
 - Applications numériques relatives à la SMSCS
- Enfants et jeunes
 - Services intégrés pour les jeunes
- Personnes ayant des besoins complexes
 - Services intégrés pour les personnes ayant des besoins complexes (intervention précoce en cas de psychose)
 - Centres de traitement en santé liée à la consommation de substances (gestion du sevrage)
 - Compétences de la main-d'œuvre en santé liée à la consommation de substances

Dans le but de venir compléter la feuille de route et les six livrables normatifs, le CCN s'est associé à l'Organisation de normes en santé (HSO) pour évaluer les besoins et la possibilité d'utiliser des programmes d'évaluation et d'examen connexes indépendants en vue de formuler des recommandations pour l'avenir.

Objectifs du projet

Le principal objectif de ce projet est d'étudier la mise en pratique des livrables normatifs par le biais de processus d'accréditation et d'évaluation de la conformité, axés sur la SMSCS. S'intéressant au contexte général de la SMSCS et à ses six domaines prioritaires, le projet vise à générer un ensemble de recommandations sur la base de rétroaction fournie par des détenteurs et détentrices de connaissances. Ces recommandations serviront de référence pour la mise en pratique des livrables normatifs et, ainsi, contribueront à la normalisation dans le domaine de la SMSCS. En particulier, les recommandations présentées dans ce rapport :

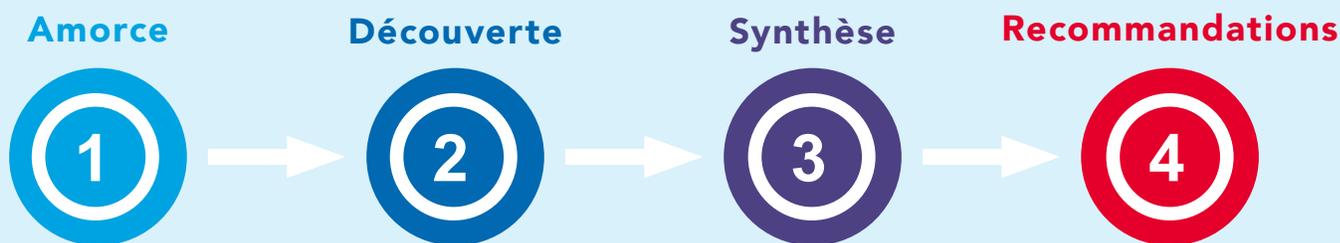
- Complèteront la feuille de route en SMSCS;
- Aborderont des questions complexes concernant la normalisation dans le contexte de la SMSCS;
- Orienteront l'allocation de ressources pour la participation active à la planification et à l'élaboration de normes, ainsi qu'à des activités de recherche connexes dans le domaine de la SMSCS;
- Analyseront le paysage normatif actuel au Canada et définiront l'état désiré;
- Proposeront des recommandations ciblées pour combler des lacunes et déterminer de nouveaux domaines où l'introduction de normes et l'évaluation de la conformité sont essentielles pour la SMSCS.

Il est important de préciser que le présent rapport fait état de l'expertise spécialisée des personnes qui ont participé à sa préparation. En aucun cas, il ne s'agit d'un document fondé sur le consensus, mais du reflet de perspectives et d'expériences variées.

Approche et méthodologie

Approche par étapes

Ce projet a été réalisé selon une approche par étapes. Les quatre étapes sont les suivantes : amorce, découverte, synthèse, recommandations.



Nous avons commencé l'**étape d'amorce** par des rencontres de lancement avec différentes équipes de projet, y compris le Conseil canadien des normes et le Comité directeur du Collectif en SMSCS. Nous avons déterminé que le Comité directeur du Collectif en SMSCS agirait à titre de conseiller. Nous nous sommes également associés à Hill & Knowlton pour travailler avec des personnes ayant une expérience vécue ou présente, ainsi qu'à Firelight Group pour travailler avec des personnes issues des peuples des Premières Nations, métis et inuit. Nous avons pris ces mesures pour réduire la charge et la fatigue des personnes participantes et pour éviter la duplication de données et d'efforts.

Ensuite, nous sommes passés à l'**étape de découverte**. Elle comprenait une revue de la littérature, une analyse environnementale, des entretiens approfondis, des sondages et des discussions en petits groupes avec des détenteurs et détentrices de connaissances. Tous les groupes incluaient des personnes ayant une expérience vécue ou présente et des spécialistes autochtones, en plus de prestataires de services de santé et sociaux et de groupes d'intérêt (p. ex. des OBNL, des chercheurs et chercheuses, des universitaires et des organismes d'accréditation).

À l'**étape de synthèse**, nous avons présenté les résultats à la table consultative gouvernementale du Collectif de normalisation le 30 janvier 2024, ainsi qu'au Comité directeur en SMSCS le 13 février 2024. Nous avons présenté les résultats de l'étape de découverte en mettant l'accent sur les recommandations qui émergent alors de l'expertise des détenteurs et détentrices de connaissances. Par la suite, nous avons fait la synthèse de ces recommandations et les avons validées auprès du Comité directeur.

Pour conclure, nous avons utilisé la rétroaction obtenue à l'**étape de synthèse** pour raffiner et résumer nos constatations à l'étape de recommandations. Nous avons préparé une ébauche du rapport de recommandations et l'avons soumis aux différentes parties intéressées aux fins de révision.

Aperçu du rapport de recommandations

Ce projet comprenait la préparation d'un rapport de recommandations servant de fondement pour mettre en pratique des livrables normatifs, promouvoir la normalisation dans le domaine de la SMSCS, et comprendre les subtilités des six domaines prioritaires et, de manière générale, du champ de la SMSCS. En ce qui concerne l'ampleur du rapport, ce dernier devait permettre l'atteinte des objectifs suivants :

- ① Un examen de l'**état actuel** des organismes d'accréditation des prestataires de services de santé à l'échelle internationale, nationale et dans le domaine de la SMSCS.
- ② Une **revue de la littérature** portant sur l'accréditation des prestataires de services en SMSCS, y compris des perspectives sur l'accréditation des prestataires de services de santé, les incidences, défis, obstacles, éléments facilitateurs et diverses considérations dans les six domaines prioritaires, et sur les organisations de santé autochtones.
- ③ Une description des **enseignements tirés des activités d'engagement**, y compris un sondage national, des entretiens approfondis et des discussions en petits groupes avec des détenteurs et détentrices de connaissances.
- ④ L'élaboration de **recommandations** pour l'accréditation des prestataires de services dans le secteur de la SMSCS.

COMPRENDRE LES NORMES, L'ACCREDITATION ET L'ÉVALUATION DE LA CONFORMITÉ

Normes

Qu'est-ce qu'une norme?

Une norme est un document qui présente des règles, des lignes directrices ou des caractéristiques établies pour des activités ou leurs résultats.⁵ Les normes fixent les pratiques, les exigences techniques et les terminologies adoptées dans divers domaines.⁶ Elles peuvent avoir un caractère facultatif ou obligatoire. Elles se différencient des lois, règlements et codes bien que ces derniers puissent y faire référence.⁶ Les normes de qualité sont centrées sur la personne, fondées sur des données probantes, pertinentes et adaptées aux besoins actuels et futurs.⁶ Les normes permettent de répondre à la question : « Quelle est la meilleure façon de s'y prendre? ». Leur adoption et leur utilisation témoignent de leur efficacité.

Le rôle des normes dans l'amélioration de la qualité

On reconnaît généralement que les normes aident les systèmes de santé à développer et à améliorer des éléments importants, tels la gouvernance, la direction, la prévention et le contrôle des infections, ainsi que la gestion des médicaments. Tous ces éléments ont une incidence sur la qualité des services reçus par le public.

Les normes solidifient la structure des soins de santé, ce qui donne confiance au public, aux prestataires de services et aux responsables politiques, en plus d'assurer des services de santé de qualité là où les besoins sont les plus importants.

Les normes aident les prestataires de services de santé :

- À améliorer la qualité des soins;
- À déterminer le type de soin à prodiguer et à mettre en lumière les lacunes dans les systèmes existants;
- À améliorer la santé et la sécurité au travail;
- À établir des pratiques exemplaires et, par conséquent, à créer des services de santé fiables et de qualité à l'échelle locale;
- À améliorer l'efficacité.

Les normes permettent au public :

- De connaître le niveau de qualité à exiger de leurs prestataires de services;
- De commenter activement la disponibilité et la prestation des services de santé et d'aider à cerner des lacunes;
- D'avoir l'assurance que les services de santé reçus sont normalisés, c'est-à-dire qu'ils sont vérifiés, sûrs et fiables;
- De voir l'humain derrière les services de santé, car il peut constater les efforts des organisations de santé locales pour améliorer les soins.

Accréditation et évaluation de la conformité

Qu'est-ce que l'accréditation et l'évaluation de la conformité?

Dans le domaine de la normalisation, l'accréditation fait référence à la reconnaissance formelle par un organisme indépendant (généralement connu comme organisme d'accréditation, tel le Conseil canadien des normes) de la compétence d'une organisation à effectuer des tâches précises, c'est-à-dire le travail pour lequel l'organisation est accréditée.⁷ L'accréditation peut se faire sur une base volontaire ou elle peut être imposée par un gouvernement. Il s'agit d'un processus d'amélioration continue de la qualité visant à démontrer que les normes internationales ou nationales prescrites sont respectées. Pour sa part, l'évaluation de la conformité consiste à déterminer si un produit, un service ou un système respecte les exigences d'une norme particulière.

Dans le présent rapport, le terme « accréditation » suit l'usage habituel qu'on en fait dans le secteur de la santé. Il peut être interprété comme « l'évaluation de la conformité et l'amélioration continue de la qualité ».

En ce qui concerne les prestataires de services de santé, le terme « accréditation » fait référence à une évaluation formelle et indépendante, réalisée par des pairs évaluateurs spécialisés ou évaluatrices spécialisées, en fonction de normes de qualité. Les organismes d'accréditation comme CARF, Agrément Canada, le Conseil d'accréditation canadien et le Centre canadien de l'agrément procèdent à l'accréditation d'organisations, de systèmes, de programmes et de services, afin de s'assurer qu'ils respectent les exigences des normes de qualité. Les organisations de santé et de services sociaux misent sur l'accréditation pour faire reconnaître leurs efforts investis dans un processus continu visant à améliorer la qualité de leurs services.

Dans le contexte de la normalisation, l'utilisation du terme « accréditation » par les prestataires de santé se compare à la définition du terme « évaluation de la conformité ». Les deux termes font référence à un processus utilisé pour déterminer si un programme, un service, une organisation ou un système respecte les exigences d'une norme particulière. Au-delà de ces considérations, dans le domaine de la santé, le concept d'« accréditation » implique l'amélioration continue de la qualité. Ainsi, les évaluateurs et évaluatrices peuvent proposer des améliorations à certains programmes, services, organisations ou systèmes.

Les prestataires de services de santé peuvent obtenir l'accréditation pour l'ensemble de leur organisation ou pour certains de leurs programmes.^{8,9}

- **L'accréditation d'une organisation** concerne habituellement des établissements de soins comme les hôpitaux, les cliniques et les systèmes de soins de santé. Ce processus permet de s'assurer que l'ensemble de l'organisation respecte des normes et critères particuliers en lien avec les soins prodigués aux clients et clientes, la sécurité et les pratiques administratives.
- **L'accréditation d'un programme** réfère à l'évaluation de certains programmes, départements ou services de santé au sein d'un établissement de soins afin de confirmer qu'ils respectent les normes professionnelles et sectorielles. Ce processus permet de s'assurer que les domaines spécialisés au sein d'une organisation de santé prodiguent des soins de qualité, adhèrent aux meilleures pratiques et maintiennent les normes les plus élevées dans leur champ d'activités respectif.

Le tableau suivant détaille les étapes d'accréditation des prestataires de services de santé, selon la définition adoptée par la International Society for Quality in Health Care (ISQua). Il fournit de l'information sur les principaux éléments de l'accréditation des prestataires de services de santé, comme les visites de pairs évaluateurs et évaluatrices dans une organisation pour réaliser une évaluation sur place.

Étape	Description
<i>Présenter une demande</i>	L'organisation qui souhaite être accréditée soumet une demande d'accréditation.
<i>Préparation de l'évaluation</i>	L'organisation qui souhaite être accréditée prépare les documents pertinents pour les évaluateurs et évaluatrices.
<i>Examen technique</i>	L'organisation soumet des documents à l'organisme d'accréditation aux fins d'examen technique. L'organisme d'accréditation envoie le rapport d'examen technique à l'organisation.
<i>Soumission finale de l'outil d'auto-évaluation</i>	L'organisation soumet le résultat final de l'outil d'auto-évaluation, accompagné des preuves à l'appui.
<i>Évaluation</i>	Les pairs évaluateurs et évaluatrices visitent l'organisation pour réaliser une évaluation sur place. Cette étape comprend l'évaluation de la conformité, l'établissement des améliorations à apporter, la production de rapports et la formulation de recommandations.
<i>Révision factuelle</i>	L'organisation a la possibilité de réaliser une révision factuelle de l'ébauche du rapport d'évaluation.
<i>Révision de validation</i>	Le rapport d'évaluation des pairs évaluateurs et évaluatrices est envoyé à l'organisation aux fins de validation.
<i>Décision d'octroi</i>	L'équipe d'évaluation communique ses recommandations et sa décision d'octroi à l'organisme d'accréditation.
<i>Évaluation continue</i>	L'organisation soumet des rapports d'avancement afin de maintenir son statut d'accréditation.
<i>Renouvellement de l'accréditation</i>	L'organisme d'accréditation contacte périodiquement l'organisation pour planifier le renouvellement de l'accréditation.

Conseil canadien des normes : Normes et accréditation

Les normes et le rôle du Conseil canadien des normes

Le Conseil canadien des normes (CCN) accrédite les organismes d'élaboration de normes et représente les Canadiens et Canadiennes auprès de l'Organisation internationale de normalisation (ISO) et de la Commission électrotechnique internationale (CEI). Il étudie également les normes soumises par les organismes d'élaboration de normes aux fins d'approbation comme normes nationales du Canada (NNC). De plus, par l'intermédiaire de son programme d'adhésion, le CCN coordonne la participation aux comités internationaux de normalisation. La section ci-dessous présente plus de détails sur le processus d'élaboration des NNC et des normes internationales.

Élaboration des normes nationales du Canada

L'élaboration des NNC incorpore les meilleures pratiques des activités internationales de normalisation et protège les intérêts des Canadiens et Canadiennes. Les NNC sont le résultat d'un processus d'élaboration à l'échelle nationale ou de l'adoption de normes internationales. En élaborant des NNC, les organismes d'élaboration de normes tiennent compte de différents éléments tels l'échéancier, le financement et la structure des comités.

Le processus d'élaboration d'une NNC comprend les étapes suivantes :

- Constat de la nécessité de définir une norme
- Examen du paysage normatif actuel
- Engagement des détenteurs et détentrices de connaissances
- Information du public lors du lancement du projet
- Élaboration de la norme (par des spécialistes techniques)
- Consultations publiques au sujet de la norme proposée
- Intégration des commentaires et révision, le cas échéant, par le comité technique
- Vote et approbation de la NNC
- Publication immédiate
- Maintien de la NNC

La reconnaissance comme norme nationale du Canada suppose qu'elle a été élaborée en respectant les Exigences et lignes directrices – Accréditation des organismes d'élaboration de normes.

Les principales exigences comprennent, sans s'y limiter :

- Élaboration consensuelle par un comité équilibré de détenteurs et détentrices de connaissances
- Examen du public
- Publication dans les deux langues officielles du Canada
- Cohérence avec les normes internationales et étrangères pertinentes existantes (ou intégration de celles-ci)
- Ne constitue pas une barrière commerciale
- Maintien, généralement par examen périodique (cycle quinquennal) ou à mesure que des changements s'imposent

L'examen périodique peut confirmer la validité du contenu technique, ou démontrer la nécessité d'une révision ou du retrait de la NNC. Cette démarche permet d'assurer la pertinence et le caractère actuel continue de la norme.

L'accréditation et le rôle du Conseil canadien des normes

L'accréditation est la reconnaissance formelle, par une tierce partie, de la compétence d'une organisation à effectuer des tâches précises, c'est-à-dire le travail pour lequel l'organisation est accréditée. L'accréditation peut se faire sur une base volontaire ou être imposée par un gouvernement. Il s'agit d'un processus d'amélioration continue de la qualité visant à démontrer que les normes internationales ou nationales prescrites sont respectées.

Le CCN est l'organisme national d'accréditation au Canada. Il octroie l'accréditation aux organismes d'évaluation de la conformité, tels que les laboratoires d'essai et les organismes de certification des produits, afin de s'assurer qu'ils respectent les normes reconnues à l'échelle internationale, notamment celles adoptées par l'ISO et la CEI. L'évaluation de la conformité consiste à déterminer si un produit, un service ou un système respecte les exigences d'une norme particulière ou d'un ensemble de normes. L'accréditation par le CCN est une marque de confiance pour les services fournis par les organismes de certification.

Le CCN jouit d'un grand respect au Canada et à l'international et fournit, de manière constante, des services d'accréditation rigoureux et de qualité. Membre et signataire du [International Accreditation Forum \(IAF\)](#), de la [International Laboratory Accreditation Cooperation \(ILAC\)](#), de la [Asia Pacific Accreditation Cooperation \(APAC\)](#) et de la [Inter-American Accreditation Cooperation \(IAAC\)](#), le CCN peut mener des évaluations basées sur les normes ISO et fait lui-même régulièrement l'objet d'évaluations. Ces accords s'inscrivent dans les efforts déployés à l'international pour créer un système d'accréditation mondial, conformément à l'objectif « une norme, un essai – accepté partout ».

Programmes d'accréditation du Conseil canadien des normes

Le CCN ne réalise pas d'évaluations de la conformité des prestataires de services de santé (ou d'« accréditations », le terme communément utilisé dans le secteur de la santé).

Le CCN offre des programmes d'accréditation et de reconnaissance à l'intention des :

- Organismes de certification des systèmes de gestion
- Organismes de certification de produits, de processus et de services
- Organismes d'inspection
- Organismes de validation et de vérification des déclarations relatives aux gaz à effet de serre
- Organismes de certification professionnelle
- Organismes d'élaboration de normes
- Laboratoires d'essai et d'étalonnage
- Laboratoires d'analyse médicale
- Fournisseurs de tests d'aptitude
- Installations respectant les bonnes pratiques de laboratoire (BPL)

ÉTAT DES LIEUX DE L'ACCRÉDITATION DES PRESTATAIRES DE SERVICES DE SANTÉ

Organismes internationaux d'accréditation des prestataires de services de santé

Plusieurs organismes d'accréditation existent dans le monde, notamment : la Joint Commission aux États-Unis, Agrément Canada au Canada et le Australian Council on Healthcare Standards en Australie. (Cette liste n'est pas exhaustive.) Les organismes varient en fonction des types de programmes offerts, et les champs d'application diffèrent selon le caractère obligatoire ou facultatif de l'accréditation. Le tableau ci-dessous présente un aperçu du processus d'accréditation dans différentes régions du monde.

Pays	Accréditation nationale (obligatoire ou facultative)	Mise en œuvre	Processus
<i>Europe</i> ¹⁰	L'accréditation nationale est bien implantée et en grande partie obligatoire en Europe. Certains pays européens sont en train de mettre au point un système obligatoire d'accréditation nationale, tandis que d'autres ont opté pour le maintien de l'accréditation volontaire.	Un tiers des programmes d'accréditation sont gérés par les gouvernements, un tiers sont indépendants et un tiers sont hybrides.	Étant donné que les programmes varient considérablement, l'adoption d'une approche commune visant à définir, à évaluer et à améliorer les normes de soins de santé est nécessaire.
<i>Royaume-Uni</i> ¹¹	L'accréditation nationale se fait sur une base volontaire.	Il existe plusieurs organismes d'accréditation, dont le Hospital Accreditation Program et le King's Fund Audit.	La procédure varie selon l'organisme d'accréditation. Puisqu'il n'y a pas de système national d'accréditation, plusieurs systèmes d'accréditation sont gérés par les autorités régionales.
<i>France</i> ¹²	L'accréditation nationale est obligatoire. L'accréditation internationale se fait sur une base volontaire.	Un seul organisme d'accréditation dominant : la Haute Autorité de santé.	Les prestataires de services de santé doivent renouveler leur accréditation tous les quatre ans. Les critères et les rapports d'accréditation sont mis à la disposition du public sur le site Web de la Haute Autorité de santé.

Tableau continué à la page suivante.

Pays	Accréditation nationale (obligatoire ou facultative)	Mise en œuvre	Processus
<i>Italie</i> ^{13,14}	L'accréditation nationale est obligatoire et l'accréditation internationale se fait sur une base volontaire.	L'accréditation nationale est obligatoire et est mise en œuvre à l'échelle régionale.	Les prestataires de services de santé doivent renouveler leur accréditation tous les quatre ans. Chaque région peut instaurer son propre système d'accréditation en se référant aux lignes directrices du ministère. Seul l'État peut mettre en place un système national d'accréditation. Les organismes privés qui souhaitent conclure des contrats avec les autorités régionales doivent obtenir une accréditation.
<i>Espagne</i> ^{11,15,16,17}	Mixte. En grande partie facultative, mais obligatoire pour les établissements de soins de santé qui souhaitent conclure des contrats avec les autorités sanitaires régionales.	Le système national d'accréditation est géré principalement par la Sociedad Española de Calidad Asistencia (SECA). Les autorités régionales peuvent également jouer un rôle dans le processus, en particulier dans les régions autonomes. Plusieurs organismes peuvent octroyer une accréditation internationale (p. ex. les principaux groupes privés font souvent appel à la Joint Commission International).	La validité est de trois à cinq ans, selon l'organisme d'accréditation.
<i>États-Unis</i> ^{18,19}	L'accréditation se fait sur une base volontaire.	Plusieurs organismes d'accréditation participent au processus, dont la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations et la Accreditation Association for Ambulatory Health Care.	Des évaluations du rendement du prestataire de services de santé sont effectuées régulièrement afin de garantir la qualité des soins aux clients et clientes. Ce processus garantit que les établissements répondent à des normes acceptées à l'échelle nationale en respectant les normes d'un programme d'accréditation reconnu.
<i>Australie</i> ^{18,20}	Obligatoire – Tous les hôpitaux publics et privés doivent être accrédités selon les normes nationales de sécurité et de qualité des services de santé.	Un seul organisme d'accréditation dominant : la Australian Commission on Safety and Quality in Health Care.	Réalisation d'une évaluation sur place par une équipe indépendante. Effectuée selon les normes. Ce processus se déroule généralement tous les trois ans.
<i>Nouvelle-Zélande</i> ²¹	Mixte.	Deux organismes d'accréditation sont approuvés par le ministère de la Santé : le Joint Accreditation System of Australia and New Zealand et la International Society for Quality in Health Care (ISQua).	Varie en fonction de l'organisme d'accréditation.

Organismes d'accréditation internationaux disposant de programmes en SMSCS

Sur la scène internationale, les programmes d'accréditation spécialisés en SMSCS sont souvent appelés « programmes de santé comportementale ». À notre connaissance, peu d'organismes d'accréditation offrent des programmes dans ce domaine. Généralement, les organismes qui fournissent des services en SMSCS cadrent dans des portefeuilles généraux. Voici quelques exemples de programmes spécialisés en santé comportementale :

- La CARF International offre un programme en santé comportementale s'appuyant sur un cadre de normes de qualité holistique et centré sur la personne. Ces normes reflètent le leadership de l'organisme à l'échelle internationale dans le domaine de la santé comportementale. En effet, la CARF International promeut et fait progresser les programmes et les services liés à la santé comportementale intégrée, à la santé mentale, aux troubles liés à la consommation de substances, à la dépendance, à la réadaptation psychosociale et à l'aide familiale.²²
- Aux États-Unis, la Joint Commission dispose également d'un programme d'accréditation et de certification dans le domaine des soins de santé comportementale, qui vise notamment l'accréditation des programmes de traitement de la dépendance aux opioïdes, la certification des foyers pour personnes présentant des problèmes de santé mentale, et la certification des soins dispensés pour traiter diverses maladies.²³ La Accreditation Commission for Health Care (ACHC) américaine offre également un programme d'accréditation en santé comportementale. Il est axé sur la santé mentale, la santé liée à la consommation de substances, le traitement résidentiel et d'autres options, et fait appel à des spécialistes en santé comportementale.²⁴
- Le Council on Accreditation (COA) est un organisme à but non lucratif international et indépendant. Dans tout le continuum de soins, il accrédite les services de santé comportementale, les services de protection de l'enfance et les services sociaux communautaires, y compris les programmes de traitement de la dépendance aux opioïdes.²⁵

Organismes d'accréditation canadiens qui offrent des programmes en SMSCS

Plusieurs organismes d'accréditation existent au Canada, et l'accréditation s'obtient généralement sur une base volontaire. Quatre organismes d'accréditation proposent des programmes dans le domaine de la SMSCS : le Centre canadien de l'agrément (CCA), Agrément Canada (AC), la Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities (CARF) et le Conseil d'accréditation canadien (CAC).

Centre canadien de l'agrément (CCA)

canadiancentreforaccreditation.ca

Le Centre canadien de l'agrément (CCA) est un organisme sans but lucratif qui offre une accréditation adaptée aux services de santé et aux services sociaux communautaires au Canada. Il évalue les organisations dans le cadre d'un programme d'accréditation de quatre ans sur la base de normes liées à la gouvernance, à la planification et au rendement organisationnel, au leadership et à la gestion des risques. Deux types de normes sont utilisées par le CCA : les normes obligatoires et les normes relatives aux pratiques d'apprentissage. Pour recevoir une accréditation, une organisation doit satisfaire à toutes les normes obligatoires applicables ainsi qu'à certaines normes de bonnes pratiques applicables. Ce processus favorise la qualité et est mené par une équipe qualifiée comprenant des cadres supérieurs, des membres de l'organe directeur et des bénévoles des organismes communautaires qui participent au CCA. Une mise à jour de la qualité, effectuée tous les quatre ans, représente une occasion d'évaluer les résultats préliminaires et de fournir des données probantes supplémentaires.

Le CCA offre un programme communautaire axé sur une gamme de services en santé mentale et dépendances, y compris des services fournis à domicile ou dans un contexte de logement supervisé. Ces normes sont propres aux programmes et services dans le domaine de la santé mentale et des dépendances et tiennent compte des facteurs suivants : la promotion de la santé mentale dans le contexte plus large des déterminants sociaux de la santé; l'approche de l'organisation en matière de services, et les éléments du processus de service, comme la manière dont la continuité et la coordination des services sont assurées et dont le personnel, y compris les pairs conseillers et conseillères, est soutenu. Le CCA compte sur des spécialistes en santé mentale et dépendances pour élaborer et mettre à jour ses normes relatives aux services communautaires en santé mentale et dépendances.

Agrément Canada (AC)

[accreditation.ca](https://www.accreditation.ca)

Agrément Canada (AC) est un organisme international non gouvernemental à but non lucratif qui évalue les organisations en fonction de normes mondiales afin d'améliorer la qualité des services sociaux et de santé au Canada et dans le monde. AC collabore avec des évaluateurs et évaluatrices se spécialisant dans le domaine des soins de santé et des services sociaux et ayant suivi une formation relative à Qmentum, le programme d'agrément personnalisé d'évaluation continue d'AC. AC accrédite les grands réseaux, les systèmes de soins de santé, les établissements de soins de longue durée, les petites organisations de soins à domicile, les centres de santé communautaires et les organisations de soins primaires. Le programme Qmentum d'AC s'appuie sur des normes fondées sur des données probantes, élaborées par HSO et approuvées par le CCN, conformément aux normes nationales du Canada.

La boutique virtuelle d'AC propose deux normes en SMSCS, soit la norme relative à la santé mentale et aux dépendances et la norme sur le programme de prévention du suicide. Ces normes aident les organisations à évaluer la qualité au point de service et à instaurer une culture prônant la qualité, la sécurité et les soins centrés sur la clientèle et leur famille. Les normes s'appuient sur les cinq éléments clés de l'excellence des services, soit la direction clinique, le personnel, les processus, l'information et le rendement. La norme relative à la santé mentale et aux dépendances comporte plusieurs volets : offre de soins centrés sur la clientèle; respect des droits de la clientèle; prestation de soins de haute qualité en santé mentale et dépendances, selon les objectifs; capacités et préférences de la clientèle; garantie de la continuité de l'offre de soins en santé mentale et dépendances; promotion d'une main-d'œuvre en santé et compétente (HSO, 2023). La norme relative au programme de prévention du suicide définit les éléments d'un programme complet de prévention du suicide, notamment le dépistage systématique et l'évaluation du risque de suicide, la planification de la sécurité, des soins et des traitements, ainsi que les services de postvention (HSO, 2023).

Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities (CARF)

carf.org

La Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities (CARF) International est un organisme d'accréditation et de normalisation indépendant et à but non lucratif fondé en 1966. Elle est formée d'un groupe d'organismes incluant CARF Canada et CARF Europe, qui, ensemble, accréditent plus de 9 000 organisations sur cinq continents. La mission de la CARF est de promouvoir la qualité, la valeur et l'optimisation des services par l'intermédiaire d'un processus d'accréditation consultatif et du renforcement continu des services axés sur l'amélioration de la vie des personnes. La CARF élabore par consensus des normes internationales pratiques et les maintient. Ces normes sont axées sur la santé comportementale, les services à l'enfance et à la jeunesse, les services communautaires et à l'emploi, les services aux personnes âgées et la réadaptation médicale.

Les territoires et les provinces du Canada reconnaissent et approuvent la CARF en tant qu'organisme d'accréditation. Le ministère de la Santé de l'Alberta reconnaît notamment la CARF à titre d'organisme adéquat pour l'accréditation des organisations œuvrant dans le domaine des soins continus, des soins aux personnes âgées, de la santé mentale et des dépendances. En Colombie-Britannique, le ministère de l'Enfance et du Développement familial, Community Living B.C. ainsi que la First Nations Health Authority ont approuvé la CARF en tant qu'organisme d'accréditation des programmes de santé comportementale. La CARF est également accréditée par la American Society of Addiction Medicine pour certifier, évaluer et vérifier les organisations qui offrent des services à domicile pour le traitement des troubles liés à la consommation de substances.

Conseil d'accréditation canadien (CAC)

canadianaccreditation.ca

Le Conseil d'accréditation canadien (CAC) est un organisme national sans but lucratif qui offre une accréditation adaptée aux organisations œuvrant dans le secteur des services à la personne. Il a reçu l'accréditation de la International Society for Quality in Health Care (ISQua) par l'intermédiaire de l'association d'évaluation externe de l'ISQua. Ses normes sont révisées et mises à jour tous les quatre ans. En collaboration avec des groupes de détenteurs et détenteuses de connaissances, le CAC élabore des normes qui répondent aux besoins des personnes concernées par les programmes accrédités. Le CAC offre des services d'accréditation depuis 50 ans.

Il accrédite des programmes dans les domaines suivants : lutte contre les dépendances; services aux adultes, aux enfants, aux jeunes et aux familles; santé et bien-être communautaires; emploi; itinérance et refuges; services aux Autochtones; santé mentale; soins infirmiers; et soins de santé aux personnes âgées. Lors du processus d'accréditation, le CAC évalue la gouvernance, la pratique et les résultats. Le CAC a créé une désignation améliorée pour s'assurer que les prestataires de services dans le domaine des dépendances suivent davantage de formation, et garantir que le soutien médical et clinique nécessaires leur sont offerts. Les normes du CAC relatives aux programmes de santé mentale tiennent compte de diverses capacités, notamment les relations avec les autres, la gestion du stress, l'évaluation des défis et la poursuite d'objectifs.

Statut d'accréditation actuel des organisations œuvrant dans le secteur de la SMSCS

Selon le rapport 2019 de la Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), 68,2 % des établissements de soins en santé mentale recensés aux États-Unis sont accrédités, soit 8 506 sur 12 472.²⁶ En date de 2019 :

- 64 % des centres de traitement résidentiel étaient accrédités
- 80 % des hôpitaux psychiatriques publics et privés étaient accrédités
- 60 % des centres communautaires en santé mentale étaient accrédités
- 60 % des établissements offrant des services aux enfants et aux adolescents et adolescentes étaient accrédités.

Les organismes d'accréditation comprenaient la CARF, la Joint Commission et le Council on Accreditation.

Bien qu'aucune étude comparable n'ait été publiée au Canada ou ailleurs, le rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur les services psychiatriques donne à penser que le pourcentage d'accréditation des établissements serait nettement inférieur dans les pays à revenu faible ou moyen, puisqu'un tiers des pays du monde ne possèdent pas de politique ou de plan en matière de santé mentale.²⁷

Selon le rapport international sur l'Initiative internationale sur le leadership en matière de santé mentale, 38 organismes offrent des programmes d'évaluation de la qualité des services en santé mentale. Parmi ces organismes, 64 % disposent de données individualisées sur la qualité des services ou sur le rendement des prestataires de soins ou des organisations faisant l'objet d'une l'évaluation.²⁸

À l'échelle internationale, le nombre d'organisations ayant adopté des normes et reçu une accréditation varie de façon considérable. Afin de favoriser l'accréditation d'un plus grand nombre d'organisations et d'améliorer la normalisation, il est donc nécessaire que des recommandations sur les possibilités et les obstacles liés à l'accréditation soient formulées.

Accréditation des organisations offrant des services de santé aux Autochtones au Canada

En vertu du Programme d'agrément des services de santé des Premières Nations et des Inuit, Service aux Autochtones Canada appuie l'accréditation volontaire des services de santé offerts dans les centres de santé communautaires des Premières Nations, de même que dans les postes de soins infirmiers de la Direction générale de la santé pour les Premières Nations et les Inuit. Service aux Autochtones Canada soutient également l'accréditation des centres de traitement du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA) et du Programme de lutte contre l'abus de solvants chez les jeunes (PLASJ). L'accréditation est volontaire pour les centres de traitement non transférés, et obligatoire pour les centres de traitement transférés. Les centres doivent être désignés par les autorités compétentes ou les organismes de réglementation adéquats pour pouvoir se soumettre au processus d'accréditation.²⁹

Dans le cadre du processus d'accréditation des organisations offrant des services de santé aux Autochtones, plusieurs organismes d'accréditation et de normalisation s'appuient sur des approches normalisées.

- Le Conseil d'accréditation canadien a mis en place des programmes destinés aux Autochtones et s'est engagé à travailler en collaboration avec les communautés des Premières Nations afin d'améliorer les programmes grâce à l'accréditation.³⁰ Il a également publié des normes qui fournissent des modèles positifs et soutiennent l'apprentissage continu de l'histoire et de la culture autochtones ainsi que l'accès à des personnes-ressources.⁶³
- La norme Sécurisation culturelle et humilité pour la Colombie-Britannique est une norme de HSO. Elle aide les instances de gouvernance et les gestionnaires à cibler, à évaluer et à mettre en œuvre des systèmes et des services sécuritaires sur le plan culturel. Ceux-ci sont créés de façon à mieux répondre aux besoins de santé et de mieux-être des personnes issues des Premières Nations et des communautés métisses et inuites, peu importe leur emplacement.³¹

- Le Programme d'agrément en matière de santé et de services sociaux des Autochtones d'Agrément Canada a été conçu en collaboration avec la Direction générale de la Santé des Premières Nations et des Inuit, l'Autorité sanitaire des Premières Nations de la Colombie-Britannique et l'Association des gestionnaires de la santé des Premières Nations.³² Les normes liées aux services offerts aux Autochtones encadrent les domaines suivants : gouvernance, leadership, prévention et contrôle des infections, santé et mieux-être communautaires, soins primaires intégrés, services de santé liés à la consommation de substances et services de santé pour les communautés éloignées ou isolées.³²
- En 2014, le Centre canadien de l'agrément a élaboré des normes relatives à l'approche éclairée par les Autochtones. Cette initiative a été réalisée en réponse à certains partenaires qui souhaitaient que le CCA renforce ses normes afin de mieux tenir compte des attentes des organisations qui offrent des services aux peuples autochtones.³³ Le cadre de mise en œuvre de ces mises à jour reconnaît les droits des Autochtones à la détermination, et tient compte du rôle du savoir, des systèmes de valeurs et des approches autochtones visant à éclairer la planification et la pratique. Les éléments principaux pris en compte dans le cadre de mise en œuvre sont la restauration et l'amélioration du mieux-être physique, mental, émotionnel et spirituel des personnes, des familles, des collectivités et des nations à tous les stades de la vie.³³

Un rapport de l'Autorité sanitaire des Premières Nations (ASPN) présente les résultats d'une étude sur l'accréditation des organisations offrant des services de santé aux Premières Nations au Canada. L'ASPN a évalué trois organismes d'accréditation : Agrément Canada, le Conseil d'accréditation canadien et la CARF International. Le rapport a mis en évidence plusieurs effets positifs de l'accréditation, ainsi que les défis rencontrés par les organisations fournissant des services de santé aux Autochtones pour la mettre en œuvre. Voici quelques-unes des préoccupations soulevées par les organisations sous évaluation à l'égard des compétences et de l'approche des évaluateurs et évaluatrices et du processus d'accréditation :

- Ton réprobateur
- Manque d'uniformité dans le degré de compétences des évaluateurs et évaluatrices
- Inégalités dans les processus d'évaluation
- Faible degré d'engagement organisationnel
- Mauvaise communication
- Procédures de recours protégées
- Lacunes dans la base de données de ressources
- Difficultés à susciter l'enthousiasme des partenaires externes, en particulier les dirigeants et dirigeantes de la collectivité, se traduisant ainsi par des refus d'adoption des politiques nécessaires à l'accréditation par les chefs et les conseils
- Manque d'harmonisation entre les bandes et les normes d'accréditation, pouvant mener à un problème plus vaste lié aux approches uniformisées

- Difficulté à ajuster le processus en fonction de la taille des organisations, faisant en sorte que la rétroaction donnée aux petites organisations est souvent jugée non pertinente
- Défis liés aux capacités, y compris le roulement du personnel et des membres de la gouvernance, ainsi que le manque de financement, de formation et de ressources en ce qui a trait aux formalités administratives à remplir par la clientèle
- Investissement en temps contraignant, formalités administratives excessives, importante charge de travail globale
- Le processus d'accréditation ne représente pas la culture organisationnelle en ce qui concerne les Premières Nations, ne tient pas compte de la perspective autochtone et est en conflit avec les protocoles culturels locaux
- Redondance et incohérence dans le processus d'accréditation

Les répondants et répondantes ont également déclaré que l'accréditation :

- Favorise l'autodétermination des personnes issues des Premières Nations en matière de soins de santé, en les incitant, par exemple, à prendre en charge leur santé
- Améliore la sécurité de la clientèle au sein de l'organisation
- Améliore la qualité des soins
- Améliore les résultats de santé
- Augmente la crédibilité, en plus de renforcer le degré d'engagement et le sentiment de fierté du personnel à l'égard de l'organisation
- Favorise l'élaboration de politiques, de processus et de procédures

État actuel de l'accréditation dans les six domaines cibles

Nous avons défini six domaines cibles : l'accès à des services intégrés pour les jeunes, l'intégration de la SMSCS dans les établissements de soins primaires, les applications numériques relatives à la SMSCS, les services intégrés offerts aux personnes ayant des besoins complexes (intervention précoce en cas de psychose, centres de traitement des troubles liés à la consommation de substances), la gestion du sevrage, et les compétences du personnel en matière de santé liée à la consommation de substances. Dans l'ensemble, il n'y avait pas de normes fédérales dans aucun de ces six domaines cibles. La section ci-dessous décrit des études réalisées dans les six domaines cibles.

Services à l'enfance et à la jeunesse

Services intégrés pour les jeunes

Des études internationales sur les services intégrés offerts aux jeunes au Canada, en Australie, au Royaume-Uni et aux États-Unis indiquent que l'accréditation améliore les résultats en santé mentale chez les jeunes, car elle garantit la fidélité à la norme de soins appropriée et l'amélioration continue de la qualité.³⁴

Les principes clés pris en compte dans le processus d'accréditation des prestataires de services intégrés aux jeunes sont les suivants :³⁴

- Prévention et intervention précoce
- Participation des jeunes
- Respect et co-conception
- Engagement communautaire
- Éducation et consultation
- Diminution de la stigmatisation et des obstacles financiers
- Choix relatifs à l'accès, au traitement et aux soins
- Engagement et soutien de la famille
- Données probantes en tant que guide essentiel

Peu d'études ont examiné l'influence de l'accréditation dans le contexte de la prestation de services intégrés aux jeunes. Davantage d'études doivent être réalisées dans ce domaine, en particulier dans un contexte canadien.

Intégration dans les établissements de soins primaires

Intégration de la SMSCS dans les établissements de soins primaires

Des études laissent supposer que l'accréditation dans le domaine des soins primaires pourrait accroître la capacité des prestataires à aborder les enjeux liés à la SMSCS, et font état que :

- les établissements de soins primaires accrédités sont dotés d'une capacité accrue à offrir des services en santé mentale;³⁵
- les établissements de soins primaires accrédités offrent un meilleur dépistage des troubles de santé comportementale et de meilleurs traitements dans ce domaine;³⁶
- les compétences de base du personnel en soins primaires dans le domaine de la santé mentale peuvent varier en fonction des organismes d'accréditation universitaires.³⁷

Bien qu'il n'existe pas de normes relatives à l'intégration de la SMSCS dans les soins primaires, HSO a publié une norme sur les systèmes de santé intégrés centrés sur les personnes, qui s'applique aux soins intégrés de manière plus générale.³⁸ Dans le cadre d'autres études, des spécialistes font état de l'intégration de la SMSCS dans les soins primaires en s'appuyant sur une revue de la littérature et sur des données qualitatives. Un rapport de la Commission de la santé mentale du Canada et de la Community Addictions Peer Support Association indique que 89 % des personnes ayant répondu à un sondage préfèrent les services intégrés. Selon elles, l'étendue et la diversité de l'expertise fournie dans de tels réseaux permettent d'aborder les questions complexes, de coordonner et de simplifier la logistique des soins, et de veiller à ce que les questions concurrentes soient traitées en même temps.⁴⁰ Les personnes ayant répondu à ce même sondage ont également mentionné qu'elles craignaient que la procédure d'admission aux services intégrés soit fastidieuse, que le degré de spécialisation dans le traitement soit plus faible et que les temps d'attente soient plus longs si les problèmes ne sont pas « suffisamment complexes »⁴⁰. Une étude exploratoire menée par la Commission de la santé mentale du Canada et le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances montre que les personnes qui font preuve d'un leadership incontestable et sont capables de défendre des modèles novateurs contribuent à l'intégration de la SMSCS dans les soins primaires.³⁹

Applications numériques axées sur la SMSCS

Des études sur l'accréditation et les applications numériques axées sur la SMSCS indiquent que l'accréditation permet d'améliorer la fiabilité des applications,⁴⁰ promeut la santé numérique auprès des clients et clientes et du public⁴¹, et suscite des réflexions relatives aux programmes d'accréditation.⁴⁰ Voici d'autres points à considérer :

- L'accréditation par des organismes de recherche clinique respectés contribue de façon considérable à la promotion de la santé numérique auprès des clients et clientes et du public.⁴¹
- Des études supplémentaires sont nécessaires pour déterminer si les initiatives de santé numérique devraient être accréditées, et, le cas échéant, la procédure d'accréditation adéquate. Les questions juridiques et éthiques devraient également être explorées.⁴¹
- Selon une étude, les personnes font confiance aux applications accréditées et les jugent crédibles et sécuritaires pour la prise en charge de leur santé.⁴⁰
- Les prestataires sont également plus à l'aise de recommander des applications de santé accréditées à leurs clients et clientes.⁴²
- La mise au point du processus d'accréditation devrait reposer sur un consensus entre des spécialistes dans le domaine de la technologie, des professionnels et professionnelles de la santé, des cliniciens et cliniciennes, des spécialistes de la communication dans le domaine de la santé, des clients et clientes partenaires, des représentants et représentantes d'établissements et des membres du public.⁴⁰

Dans le cadre d'une étude, des cliniciens et cliniciennes et des représentants et représentantes de personnes vivant avec un trouble de santé mentale ont exprimé leurs points de vue sur l'accréditation des services numériques en santé mentale. À leur avis, des normes devraient être établies pour encadrer la communication du contenu des programmes et des essais en santé numérique, y compris les effets indésirables.⁴³

Personnes aux besoins complexes

Services intégrés pour les personnes aux besoins complexes – Intervention précoce en cas de psychose

Au Canada, il n'existe pas de normes nationales relatives à l'intervention précoce en cas de psychose, mais plusieurs normes provinciales sont en vigueur, notamment en Ontario,⁴⁴ en Colombie-Britannique,⁴⁵ en Nouvelle-Écosse,⁴⁶ et au Québec.⁴⁷

Ces normes s'appuient sur les éléments suivants :^{44,45,46,47}

- Accès aux soins
- Prévention et intervention précoce
- Évaluations exhaustives de la clientèle
- Traitement et promotion des soins
- Prévention et défense des intérêts
- Soutien psychosocial à la clientèle
- Éducation et soutien des membres de la famille et de la collectivité
- Formation professionnelle et éducation
- Structure et fonctionnement des programmes
- Amélioration de la qualité
- Services aux personnes hospitalisées
- Services de consultation externes
- Services spécialisés

La littérature porte à croire que la fidélité aux normes, même si elle favorise l'uniformité des programmes, pose également des problèmes. Par exemple, le respect strict des normes peut devenir une source de tension au moment d'adapter les services aux besoins uniques et diversifiés des communautés locales. Dans le contexte de l'élaboration des programmes liés à l'intervention précoce en cas de psychose, un équilibre délicat doit être trouvé entre le maintien des normes et la flexibilité nécessaire à l'adaptation des services aux contextes locaux.⁴⁸

Centres de traitement des troubles liés à la consommation de substances – Gestion du sevrage

À l'heure actuelle, les études et les données probantes sur l'influence de l'accréditation sur les centres de traitement des troubles liés à la consommation de substances et sur la gestion du sevrage sont limitées. Ce domaine prioritaire, reconnu comme une préoccupation croissante d'une grande complexité, mérite une attention continue. Une plus grande quantité d'études aidera à aborder ces défis émergents et délicats.

Les données probantes actuelles sur l'influence de l'accréditation dans le domaine de la santé liée à la consommation de substances présentent un tableau nuancé, qui comporte à la fois des aspects positifs et des aspects problématiques. Une étude fait état d'un effet positif de l'accréditation. Elle souligne que dans le contexte du traitement des troubles liés à la consommation de substances, l'accréditation est liée à une réduction du risque de consommation de substances.⁴⁹ Une autre étude réalisée aux États-Unis démontre que l'accréditation, combinée à la présence de médecins salariés, est associée positivement à l'utilisation et à la disponibilité de médicaments efficaces, contribuant ainsi à améliorer le traitement des troubles liés à la consommation de substances.^{50,51}

Toutefois, un rapport du Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances souligne les défis importants liés à l'accréditation des centres de traitement résidentiels des troubles liés à la consommation de substances au Canada.⁵² Selon ce rapport, l'accréditation représente un défi pour de nombreuses organisations, en particulier pour les organisations de petite taille qui éprouvent des contraintes budgétaires et de personnel. Au Canada, les organisations qui offrent des services résidentiels de traitement des troubles liés à la consommation de substances exercent souvent leurs activités sans disposer d'une accréditation réglementée, et l'obtiennent sur une base volontaire.⁵² L'absence d'exigences réglementaires ou de législation soulève des inquiétudes quant à la cohérence et au maintien des normes d'accréditation actuelles.

Ces diverses constatations soulignent la complexité de la situation liée à l'accréditation des centres de traitement des troubles liés à la consommation de substances et de gestion du sevrage, ainsi que la nécessité de mieux comprendre le rôle et l'influence de l'accréditation.

Compétences de la main-d'œuvre spécialisée dans la consommation de substances

Les organismes de certification et de réglementation peuvent s'appuyer sur les compétences de la main-d'œuvre, tout en se référant à des normes complémentaires ainsi qu'aux exigences fédérales, provinciales et territoriales.⁵³ En milieu de travail, ces compétences peuvent également servir à la création de profils de poste, à la réalisation d'entretiens, à l'évaluation du rendement professionnel et à la clarification des exigences en matière de planification de la relève.⁵³ Des recherches supplémentaires sont nécessaires sur la façon de mettre en œuvre les compétences de la main-d'œuvre.

Approche liée aux activités d'engagement

Pour obtenir un aperçu exhaustif du processus d'accréditation et de son influence sur les services en SMSCS au Canada, nous avons utilisé des méthodes à multiples facettes axées sur l'engagement. En nous appuyant sur cette approche méthodologique, nous avons mené des entretiens individuels auprès de spécialistes, un sondage en ligne ainsi que des discussions en ligne en petits groupes, auxquelles ont participé un éventail diversifié de détenteurs et détenteuses de connaissances dans le domaine de la SMSCS.

Ces méthodes ont été méticuleusement conçues pour explorer à la fois l'état actuel et la vision future de l'accréditation dans le domaine de la SMSCS. De plus, elles tirent parti de l'expertise de personnes ayant une expérience vécue, de cliniciens et cliniciennes, d'organismes d'accréditation, de décideurs et décideuses politiques et de chercheurs et chercheuses. Grâce à cette stratégie d'engagement globale, nous avons pu mettre à profit un vaste éventail d'expériences et de visions relatives à l'amélioration des services offerts en SMSCS au Canada. Cela nous a permis d'obtenir une bonne compréhension de la situation entourant l'accréditation.

Plus précisément, un groupe de membres du comité directeur du CCN représentant des personnes ayant une expérience vécue, des cliniciens et cliniciennes, des organismes d'accréditation, des décideurs et décideuses politiques et des chercheurs et chercheuses a participé à la conception de tous les documents d'engagement, y compris les questions du sondage, les documents liés aux discussions de groupe et les guides d'entretien. Cette étape nous a permis de nous assurer que l'ensemble des membres du comité avaient la possibilité d'examiner les documents et de communiquer leurs commentaires avant le début des activités d'engagement.

Portrait démographique du comité directeur du CCN (n = 56)

Catégorie	Pourcentage
<i>Spécialistes, universitaires, spécialistes en recherche et/ou organismes universitaires et de recherche</i>	26,8 %
<i>Industrie, prestataires et associations professionnelles</i>	21,4 %
<i>Partenaires autochtones</i>	10,7 %
<i>Organisations pancanadiennes dans le domaine de la santé</i>	10,7 %
<i>Organismes d'élaboration de normes</i>	10,7 %
<i>Personnes ayant une expérience vécue</i>	8,9 %
<i>Gouvernement</i>	8,9 %
<i>Parties concernées par la santé mentale et la santé liée à la consommation de substances</i>	1,8 %

Six domaines cibles

Dans le cadre de ce projet, des entretiens ont été réalisés auprès de spécialistes, de cliniciens et cliniciennes et de personnes ayant une expérience vécue dans six domaines cibles : l'accès à des services intégrés pour les jeunes, l'intégration de la SMSCS dans les établissements de soins primaires, les applications numériques relatives à la SMSCS, les services intégrés offerts aux personnes ayant des besoins complexes (intervention précoce en cas de psychose), les centres de traitement des troubles liés à la consommation de substances et de gestion du sevrage, et les compétences de la main-d'œuvre relatives à la consommation de substances. Ces entretiens visaient à comprendre les perspectives des participants et participantes à l'égard de l'accréditation, ainsi qu'à recueillir leurs connaissances et leurs points de vue sur les données probantes et la littérature récentes dans leur domaine cible respectif. De plus, ils et elles ont été invités à cibler d'autres détenteurs et détentrices de connaissances importants qui devraient participer au projet.

Entretiens auprès de leaders d'opinion

Pour recueillir des informations clés, Exult a mené 14 entretiens confidentiels et approfondis auprès de leaders d'opinion dans le domaine de la SMSCS au Canada. Ces entretiens ont été stratégiquement conçus pour fournir une vue d'ensemble des enjeux, des thèmes et des défis qui prévalent au sein du secteur, et portaient une attention particulière à l'application pratique de l'accréditation.

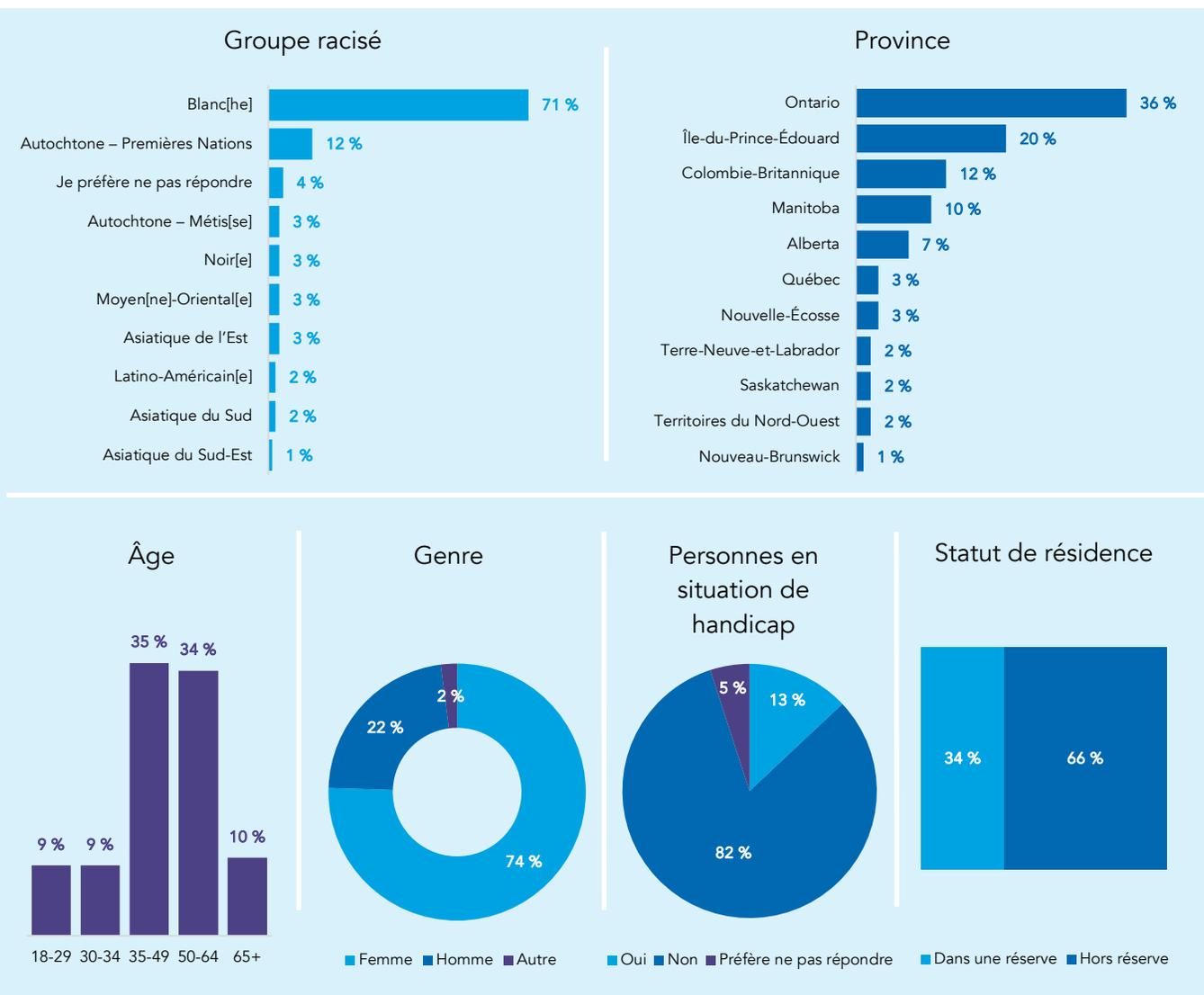
Les leaders d'opinion qui étaient familiers et familières avec le processus d'accréditation dans le cadre de leurs fonctions professionnelles ont fourni une évaluation franche du paysage actuel et ont fait part de leur vision de l'avenir. Ils et elles ont mentionné les progrès et les stratégies nécessaires pour améliorer l'efficacité et la portée de l'accréditation dans le domaine de la SMSCS, ouvrant ainsi la voie à une exploration plus approfondie de la façon d'atteindre ces objectifs.

Sondage

L'approche axée sur l'engagement comprenait également un sondage quantitatif en ligne de 15 minutes visant à comprendre l'expérience et le point de vue des personnes œuvrant dans le secteur de la SMSCS. Le sondage a recueilli les réponses d'un échantillon diversifié de 445 personnes, ciblées grâce à des réseaux de personnes directement impliquées dans le secteur de la SMSCS.

L'objectif principal du sondage était de collecter des données dans l'optique de mieux comprendre les possibilités et les besoins actuels liés aux programmes d'évaluation. Il visait également à orienter les améliorations et les initiatives futures dans le secteur de la SMSCS. Le portrait démographique des répondants et répondantes est présenté ci-dessous.

Portrait démographique des répondants et répondantes au sondage (n = 445)



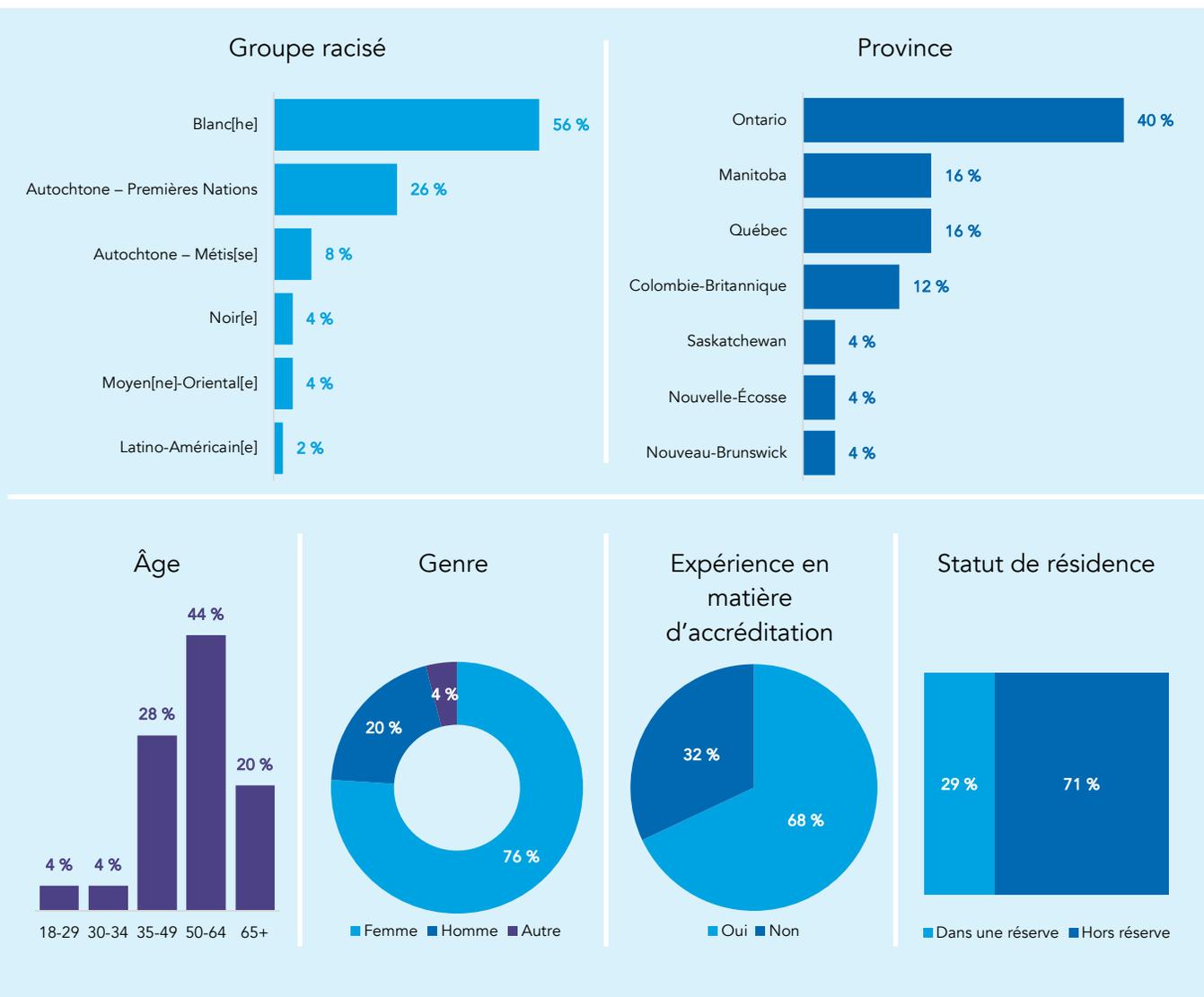
Portrait démographique des répondants et répondantes au sondage



Discussions en petits groupes

Exult a également mené six séances approfondies en petits groupes. Au total, 25 personnes directement impliquées dans le secteur de la SMSCS, de partout au Canada, ont participé aux séances. L'objectif des séances était d'acquérir une compréhension nuancée de la façon dont l'accréditation influence les services en SMSCS et de déterminer les actions nécessaires pour rendre le système plus efficace. Les participants et participantes représentaient un large éventail de rôles, présentaient des attributs démographiques diversifiés et avaient différents intérêts dans le domaine de la SMSCS. Lors de discussions, ils et elles ont fourni de précieux points de vue sur les implications concrètes des pratiques d'accréditation, et ont communiqué leur vision en ce qui a trait aux améliorations futures. Le portrait démographique des personnes ayant participé aux discussions en petits groupes est présenté ci-dessous.

Portrait démographique des personnes ayant participé aux discussions en petits groupes (n = 25)



PERCEPTIONS À L'ÉGARD DES SOINS EN SMSLCS AU CANADA

Perceptions à l'égard des soins en SMSCS au Canada

Pour acquérir une compréhension globale de l'accréditation dans le contexte de la SMSCS, il était essentiel de comprendre les perceptions et les expériences des répondants et répondantes en ce qui concerne la manière dont les soins sont dispensés. Le but était de contextualiser les recommandations du présent rapport dans le paysage actuel.

Selon les résultats du sondage, l'insatisfaction est généralisée à l'égard de l'état actuel des soins en SMSCS au Canada. Les organisations offrant des services sociaux et de santé présentent le plus haut degré d'insatisfaction (77 %), tandis que les gouvernements national, provinciaux, territoriaux, régionaux et autres présentent le plus faible (48 %). Dans l'ensemble, cependant, la satisfaction est systématiquement faible chez l'ensemble des répondants et répondantes, tant pour les soins de santé mentale que pour les soins liés à la consommation de substances.

	Satisfaction à l'égard de l'état actuel des soins de santé mentale			Satisfaction à l'égard de l'état actuel des soins de santé liés à la consommation de substances		
	Satisfait	Neutre	Insatisfait	Satisfait	Neutre	Insatisfait
Échantillon complet (n=326)	9 %	21 %	70 %	11 %	22 %	67 %
Autochtones (n=67)	3 %	30 %	67 %	8 %	22 %	70 %
Je suis une personne avec une expérience vécue passée ou actuelle en santé mentale et/ou en santé liée à la consommation de substances (n=373).	9 %	20 %	71 %	10 %	21 %	69 %
Je suis l'ami(e), le parent, ou la personne de soutien d'une personne avec une expérience vécue passée ou actuelle en santé mentale et/ou en santé liée à la consommation de substances (n=185).	6 %	20 %	74 %	9 %	20 %	71 %
Je suis un/une prestataire de services sociaux ou de santé (n=193).	10 %	20 %	70 %	12 %	18 %	70 %
Je travaille avec un organisme d'accréditation ou de normalisation (n=35).	12 %	34 %	54 %	9 %	34 %	57 %
Je participe aux travaux d'un groupe d'intérêt, d'une association, d'une organisation non gouvernementale, d'un organisme sans but lucratif, d'une organisation de consultation ou d'une organisation similaire œuvrant dans le domaine de la santé ou de services sociaux (n=132).	6 %	14 %	80 %	7 %	16 %	77 %
Je travaille comme universitaire ou chercheur/chercheuse (n=53).	4 %	23 %	73 %	5 %	21 %	74 %
Je travaille auprès d'un gouvernement national, provincial, territorial, régional ou autre (n=61).	21 %	28 %	51 %	22 %	30 %	48 %

Malgré un haut degré d'insatisfaction ayant été exprimé à l'égard de l'état actuel des soins de SMSCS, des suggestions d'amélioration ont été formulées. En voici quelques-unes

Mettre fin à la stigmatisation de la santé mentale et de la consommation de substances

« Du point de vue de la clientèle, si l'on compare la qualité des soins médicaux et des soins psychiatriques (pour simplifier les choses, je considère les soins liés à la consommation de substances comme des soins psychiatriques), la seule différence importante est la stigmatisation. La clientèle est stigmatisée et leur traitement aussi. Les gens ont peur des toxicomanes et des personnes atteintes de maladies mentales. La qualité des soins améliorerait si les gens n'avaient pas peur et étaient sensibilisés à la stigmatisation, et s'ils étaient soutenus de manière adéquate pendant leur formation et bénéficiaient d'une formation continue tout au long de leur cheminement professionnel. »

Pallier les lacunes critiques en matière de soins en SMSCS

« Il y a de trop nombreuses lacunes dans l'accès aux soins de santé et au soutien aux personnes atteintes de troubles mentaux ou liés à la consommation de substances. Le temps d'attente exceptionnellement long est un bon exemple. Ces situations sont URGENTES et nécessitent une action immédiate de la part des prestataires de services, des organisations communautaires et d'autres organisations. »

« Il doit également y avoir une norme relative aux soins en SMSCS, comme c'est le cas pour les diagnostics médicaux. Il est stupéfiant de constater la variabilité des soins prodigués aux personnes vivant avec des problèmes de SMSCS au sein des services d'urgence. La variabilité des pratiques de prescription en SMSCS est tout aussi CHOQUANTE. Les médecins prescripteurs DOIVENT être tenus responsables. »

« En ce qui concerne les services de santé mentale, il faut financer davantage de services thérapeutiques, améliorer la formation et les compétences en matière d'évaluation des risques de suicide, et accroître les services d'intervention intensive dans la communauté. En ce qui a trait à la consommation de substances, au-delà de l'adoption de cadres nationaux cohérents pour la formation, il faut davantage de services destinés à soutenir les personnes consommant de la méthamphétamine en cristaux. Nous avons besoin de centres spécialisés en stabilisation ouverts tous les jours, 24 heures sur 24, pour traiter les personnes en surdose ou qui ont consommé une quantité importante de substances ou d'alcool, pour éviter qu'elles ne se présentent à l'urgence. D'autres éléments sont également essentiels, comme l'adoption de cadres cohérents, une bonne compréhension du rôle du personnel dans la réduction des risques, du financement pour les soins liés à la consommation d'alcool et de substances ainsi que des services de conseils dans tout le spectre de la consommation de substances, c'est-à-dire dans un contexte de réduction des dommages, de prestation de soins accessibles, de traitement et de traitement résidentiel. »

Meilleure intégration des soins de SMSCS

« Une meilleure intégration des soins de SMSCS est nécessaire. Même si nous savons que la santé mentale des jeunes (et des adultes) a été touchée par la pandémie, nous n'avons toujours pas intégré la santé mentale et la santé liée à la consommation de substances dans les programmes scolaires. Les soins d'urgence sont nécessaires, tout comme la prévention. »

« Il doit y avoir une meilleure collaboration entre les prestataires de services en santé mentale et les prestataires de services de santé liée à la consommation de substances. Le public doit également être davantage sensibilisé au fonctionnement de ces services. »

Amélioration de l'accès à des soins sécuritaires sur le plan culturel

« L'accès à des soins sécuritaires dans le domaine de la SMSCS est un enjeu actuel important auquel il faut s'attarder. Les prestataires de services de santé complémentaires et les autorités sanitaires doivent suivre de la formation pour garantir la sécurité des soins sur le plan culturel. Cela inclut des formations pratiques et cliniques en sécurité culturelle, en personne ou en ligne. De plus, les soins doivent être sécuritaires sur le plan culturel pour toutes les populations. Dans les collectivités rurales, éloignées et autochtones, l'accès à des soins sécuritaires sur le plan culturel est difficile, ce qui freine les personnes à aller consulter rapidement. Dans le domaine de la SMSCS, les soins sécuritaires sur le plan culturel doivent reposer sur une approche centrée sur la personne qui tient compte des traumatismes et du contexte culturel unique de la personne. Des options doivent être proposées aux personnes pour leur permettre de visualiser leur traitement. Par exemple, on peut leur donner des détails sur les traitements, leur expliquer le contenu des affiches apposées sur les murs, leur communiquer l'endroit où elles recevront des soins, ou encore, leur proposer de discuter avec un(e) aîné(e) ou un(e) gardien(ne) des savoirs. On peut aussi jumeler les personnes avec un(e) prestataire issu(e) d'un contexte culturel similaire (p. ex. mettre en relation une personne métisse avec un(e) prestataire métis(se)). »

Amélioration des programmes de réduction des méfaits

« Il faut investir autant dans les programmes de réduction des méfaits que dans les services qui intègrent des approches centrées sur la personne. Les prestataires de services en santé mentale et les programmes de réduction des méfaits doivent prévoir plusieurs possibilités de soutien aux personnes, et ce, à chaque étape de leur parcours. De plus, les résultats doivent être communiqués à la clientèle afin qu'elle puisse choisir les services auxquels elle souhaite avoir recours. Il est nécessaire de tenir des registres sur la manière dont les personnes accèdent à ces différents services, et sur la façon dont elles plaident en faveur d'une meilleure accessibilité de ces derniers. Des données probantes montrent que la présence de centres d'approvisionnement sécuritaires, de centres de prévention des surdoses, de groupes de résilience sécuritaires sur le plan culturel et renseignés sur les traumatismes, ainsi que de groupes de counselling à l'intention des survivants et survivantes des pensionnats autochtones est bénéfique au sein d'une collectivité. Un financement et des ressources équitables et continus doivent être offerts aux organisations qui soutiennent une population particulière (comme la Nation métisse de la Colombie-Britannique), ce qui permettrait à la collectivité elle-même de pallier les lacunes connues du système. »

Renforcement de la formation des prestataires de services de santé

« Il doit y avoir des améliorations au niveau de l'éducation aux bonnes pratiques et du soutien clinique. De nombreuses personnes dévouées travaillent d'arrache-pied en s'appuyant sur les ressources disponibles, mais la formation, le soutien et la collaboration doivent s'accroître. Tout cela est potentiellement sur la table, mais n'a pas encore été communiqué au personnel et à la clientèle. »

Vision d'avenir pour les soins en SMSCS

La SMSCS est un domaine vaste et complexe, et les lacunes dans le processus d'accréditation sont révélatrices d'enjeux plus importants liés aux soins de santé au Canada, notamment le manque de ressources, l'accès inéquitable aux traitements, l'incohérence des règlements, les voies de traitement et la pénurie de personnel. Malgré ces difficultés, les répondants et répondantes se disent très optimistes quant à l'avenir des soins en SMSCS au Canada.

« En regardant vers l'avenir, j'envisage un système de santé ancré dans un contexte bienveillant; un système sécuritaire sur le plan culturel au sein duquel chaque personne se sent à l'aise de demander de l'aide, et où la santé mentale est considérée comme un élément fondamental de la santé globale. »

« Lorsque j'envisage l'avenir des soins en SMSCS, j'imagine un système qui serait axé sur des soins holistiques et centrés sur la personne, et qui tiendrait compte des facteurs sous-jacents qui influencent le mieux-être des gens. Le personnel en SMSCS travaillerait de concert avec le personnel dans d'autres disciplines de santé, garantissant ainsi un soutien global en matière de santé mentale et physique. »

- **L'accessibilité** serait une pierre angulaire; l'ensemble des Canadiens et Canadiennes auraient accès à des services en SMSCS, peu importe leur lieu de résidence, leur statut socio-économique ou leur origine culturelle.
- **La stigmatisation serait réduite** grâce à des campagnes de sensibilisation et d'éducation qui favorisent la compréhension et le soutien du public.
- **La prévention et l'intervention précoce** seraient des éléments fondamentaux, et l'accent serait mis sur la promotion de la santé mentale et les réponses rapides.
- Les prestataires de services s'appuieraient sur des **compétences culturelles**, en particulier lorsqu'ils et elles travaillent avec les peuples autochtones et d'autres communautés méritant l'équité.

- **Les collectivités** participeraient activement à l'élaboration des programmes, favorisant ainsi la responsabilisation ainsi que l'appropriation des solutions en matière de soins de santé.
- **Les technologies innovantes et les approches fondées sur les données** viendraient compléter l'offre de soins traditionnels, et les professionnels et professionnelles de la santé bénéficieraient de soutien et de formation, ce qui favoriserait leur mieux-être.
- **La collaboration** entre les organismes gouvernementaux, les prestataires de soins de santé et les groupes de défense des intérêts serait renforcée, garantissant ainsi l'union des efforts pour relever des défis complexes.
- **Les soins tenant compte des traumatismes** seraient la norme en ce qui a trait à la création d'environnements sécuritaires propices à la guérison. Des réformes au chapitre des politiques et un financement accru favoriseraient la résilience et la réactivité du système, ce qui contribuerait à promouvoir la santé mentale en tant que partie intégrante du bien-être général.

CONNAISSANCE ET UTILISATION DES NORMES ET DE L'ACCRÉDITATION EN SMSCS

Connaissance et utilisation des normes et de l'accréditation

Tout au long des séances de consultation, il est ressorti clairement que les détenteurs et détentrices de connaissances connaissent généralement les normes relatives à la SMSCS et reconnaissent leur utilité pour assurer la qualité des soins. Selon les résultats du sondage, 68 % des 341 personnes interrogées ont déclaré connaître les normes relatives à la SMSCS au Canada. De plus, 51 % des personnes interrogées connaissaient le processus d'accréditation en SMSCS et y participaient directement.

Utilisation actuelle des informations relatives à l'accréditation

Les personnes interrogées qui ont participé à l'accréditation au sein de leur organisation ont expliqué comment les informations obtenues grâce aux programmes d'accréditation ont été utilisées. L'accréditation a été largement utilisée pour adhérer aux pratiques et normes exemplaires (63 %), pour mettre en œuvre les mesures d'amélioration définies (61 %), pour déterminer et atténuer les risques (59 %), et pour améliorer l'expérience client (54 %). Les informations relatives à l'accréditation ont été le moins utilisées dans les contextes suivants : amélioration des résultats en matière de santé (39 %), amélioration de l'efficacité des soins et des ressources (39 %), amélioration de la prestation et de l'accès aux soins (39 %), modification des structures organisationnelles (36 %), garantie de la sécurité et de l'humilité culturelles (36 %), et communication différente avec les membres de l'équipe (34 %).

Quelle est l'importance des facteurs suivants lors de l'examen des programmes d'accréditation?



Sélection des programmes d'accréditation

En ce qui concerne les caractéristiques les plus importantes d'un programme d'accréditation, les personnes interrogées ont indiqué que les priorités principales étaient celles qui soutenaient l'équité dans la mise en œuvre des programmes d'évaluation (94 %), la sécurité culturelle des normes (84 %) et l'exactitude des normes. De plus, une grande importance a été accordée aux ressources humaines (79 %), à la pertinence et au caractère discriminatoire des normes (77 %), à la capacité (77 %) et au temps (77 %). Ces résultats soulignent la nécessité de mettre en place des programmes d'accréditation qui accordent la priorité à l'équité, à la sécurité culturelle et à l'exactitude. Ils soulignent également l'importance de reconnaître la complexité des programmes d'accréditation et le fait qu'ils nécessitent beaucoup de ressources, en insistant sur la nécessité de les rendre accessibles à diverses organisations dont les capacités, les contraintes de temps et les ressources humaines varient.

Quelle est l'importance des facteurs suivants lors de l'examen des programmes d'accréditation?

Échantillon complet n=282	
Équité dans la prestation des programmes d'évaluation	94 %
Sécurité culturelle des normes	84 %
Précision des normes	83 %
Ressources humaines	79 %
Pertinence et partialité des normes	77 %
Capacité	77 %
Temps	77 %
Partialité des évaluateur(trice)s	76 %
Financement	75 %
Indépendance des programmes d'accréditation	74 %
Politiques gouvernementales	69 %
Taille de l'organisation	51 %

Conformité à la littérature

Les données actuelles qui attestent de la connaissance et de la perception de l'accréditation dans le secteur des soins de santé, en particulier parmi les professionnels et professionnelles et le personnel chargé de l'accréditation, offrent un aperçu essentiel de l'efficacité et des effets de ces processus.

Perception de l'accréditation par les professionnels et professionnelles de la santé

Dans l'ensemble, les données probantes existantes concordent avec les conclusions des entretiens; elles soulignent que les professionnels et professionnelles de la santé qui travaillent dans des organisations accréditées ont généralement une perception positive à l'égard de l'accréditation.^{54,55,56,57,58}

Selon les professionnels et professionnelles de la santé :

- L'accréditation a permis d'améliorer les soins centrés sur la personne, la qualité des dossiers cliniques, la culture organisationnelle des unités, l'amélioration de la culture de la sécurité des patients et patientes, et la perception de la normalisation des pratiques cliniques.⁵⁴
- L'accréditation était plus susceptible de mener à une réussite lorsque les programmes étaient collaboratifs, valides et utilisaient des normes pertinentes, qu'ils étaient favorablement accueillis par les professionnels et professionnelles de la santé, que les organisations de santé étaient prêtes à mettre en œuvre l'accréditation, et que l'accréditation était correctement harmonisée avec d'autres initiatives réglementaires et soutenue par des mesures incitatives pertinentes.⁵⁶
- Ils et elles soutiennent les programmes d'accréditation dans les établissements de soins pour personnes âgées.⁵⁷
- L'accréditation a renforcé la protection de la clientèle, grâce au fait que le personnel respecte les pratiques exemplaires, à l'amélioration des documents, aux pratiques de transfert des clients et clientes, et au signalement des incidents.⁵⁵

Perception de l'accréditation par le personnel d'accréditation

Le personnel chargé de l'accréditation, notamment les évaluateurs et évaluatrices, les représentants et représentantes des organisations qui demandent l'accréditation, et le personnel de l'organisme d'accréditation, a déclaré que six facteurs influençaient la fiabilité des évaluations :⁵⁹

- Le programme d'accréditation, notamment la documentation et les rapports d'accréditation des évaluateurs et évaluatrices
- La relation des membres avec l'agence d'accréditation et l'équipe d'évaluation
- Le personnel de l'agence d'accréditation
- Le renouvellement du personnel d'évaluation
- La gestion du personnel d'évaluation
- La conduite de l'équipe d'évaluation, y compris le rôle de la personne qui coordonne

Personnes ayant une expérience vécue ou présente

À notre connaissance, aucune étude n'a examiné les perspectives et les points de vue des personnes ayant une expérience vécue ou présente en ce qui concerne l'accréditation. Il s'agit d'une lacune dans la littérature que nous avons tenté de combler dans le cadre de notre recherche principale.



Les professionnels et professionnelles de la santé ont exprimé une opinion globalement positive à l'égard de l'accréditation et ont déclaré qu'elle permettait d'améliorer les soins centrés sur la personne, la qualité, la culture de la sécurité des patients et patientes, la normalisation et l'adhésion aux pratiques exemplaires.

AVANTAGES PERÇUS DES NORMES ET DE L'ACCRÉDITATION EN SMSCS

Avantages perçus des normes et de l'accréditation

Si la satisfaction à l'égard de l'état actuel des soins en SMSCS est généralement faible, des perceptions positives suggèrent que l'accréditation a le potentiel d'améliorer les soins en SMSCS. Selon les résultats du sondage, les domaines dans lesquels les programmes d'accréditation semblent apporter le plus d'améliorations sont la sécurité et l'efficacité des soins (86 %), le respect des normes fondées sur les pratiques exemplaires (82 %), les résultats en matière de santé (80 %) et les soins centrés sur la personne (80 %). À l'inverse, les améliorations les plus faibles ont été perçues dans les domaines de l'équité des prestations et de l'accès aux soins (75 %), de la sécurité et de l'humilité culturelles (71 %), et de l'efficacité des soins et des ressources (70 %).

	Aggravation	Pas d'effet	Amélioration
<i>Résultats en matière de santé</i>	4 %	16 %	80 %
<i>Soins centrés sur la personne</i>	5 %	15 %	80 %
<i>Équité dans la prestation des soins et dans l'accès aux soins</i>	2 %	23 %	75 %
<i>Sécurité et efficacité des soins</i>	1 %	13 %	86 %
<i>Sécurité culturelle et humilité</i>	2 %	27 %	71 %
<i>Efficience dans les soins et l'utilisation des ressources</i>	4 %	26 %	70 %
<i>Conformité à des normes fondées sur des pratiques exemplaires</i>	2 %	15 %	82 %

Les leaders d'opinion qui ont participé à ce projet ont convenu que l'accréditation a une réputation louable et qu'elle est très bien accueillie par les prestataires de soins de santé et de services sociaux. Les personnes interrogées reconnaissent unanimement que l'accréditation est essentielle, car elle établit des lignes directrices pour des soins de qualité, favorise l'amélioration continue et renforce la réputation des organisations. Elle est également considérée comme un instrument de normalisation, qui permet de remédier aux disparités dans la prestation des soins. De plus, l'accréditation contribue à améliorer le rendement du personnel et est considérée comme une référence en matière de pratiques exemplaires, en particulier au sein des organisations qui se consacrent à l'accréditation.

Favorise les pratiques exemplaires	Favorise l'amélioration et le changement	Améliore la qualité et la sécurité
<ul style="list-style-type: none"> • Fournit des lignes directrices pour des pratiques exemplaires et encourage les organisations à améliorer la qualité de leurs services. • Met en place des règlements visant à garantir la sécurité des données et le consentement à la collecte de données. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aide à identifier les forces opérationnelles et les points de faiblesses. • Améliore l'efficacité opérationnelle, p. ex. en réduisant les temps d'attente • Améliore la documentation et les procédures opérationnelles normalisées. • Fait office de validation pour l'obtention des demandes d'indemnisation des compagnies d'assurance. 	<ul style="list-style-type: none"> • Améliore la qualité des soins • Améliore la qualité des services, ce qui augmente la sécurité des clients. • Diminue le risque d'événements indésirables
Renforce la crédibilité	Favorise le développement du personnel	Améliore la normalisation
<ul style="list-style-type: none"> • Apporte un sceau de qualité. • Offre un sentiment de fierté au sein de l'organisation ou de la communauté. • Améliore la perception de la légitimité et de la qualité du programme de traitement. • Rehausse le profil des organisations lorsqu'elles font une demande de financement. • Facilite l'attraction de donateur(trice)s. 	<ul style="list-style-type: none"> • Permet de mesurer le rendement du personnel et les résultats des traitements. • Fournit des lignes directrices qui contribuent à la formation du nouveau personnel. • Facilite la préparation du personnel. • Contribue à la satisfaction au travail 	<ul style="list-style-type: none"> • Normalise les programmes et les services pour réduire les disparités en matière de santé. • Améliore la normalisation des prestations et de l'accès aux programmes et aux services. • Permet une mise en œuvre efficace des programmes de SMSCS. • Offre l'accès à une source cohérente de données nationales sur la SMSCS.

Globalement, l'accréditation dans le secteur de la SMSCS est très bien perçue et valorisée comme moyen d'établir un cadre pour des soins de qualité. Elle est reconnue pour instaurer une culture de la qualité et susciter la confiance au sein des organisations, et elle est souvent un motif de fierté, car elle représente un signe de confiance pour les personnes qui souhaitent obtenir des soins. Elle est également considérée comme un élément qui stimule l'amélioration de divers aspects de la prestation de services et du fonctionnement organisationnel au sein du secteur de la SMSCS.

Citations sur les points forts et les avantages des programmes d'accréditation

Principaux thèmes et résultats liés aux points forts de l'accréditation :

Favorise les pratiques exemplaires : L'accréditation favorise l'adoption de pratiques exemplaires, ce qui permet aux organisations de rester informées et d'appliquer les normes les plus récentes fondées sur des données probantes.

« L'accréditation permet de faire connaître aux organisations les pratiques nouvelles et émergentes et la meilleure façon de répondre aux besoins en fonction de ces pratiques. Indirectement, elle permet d'améliorer les résultats et l'expérience des clients et clientes. »

Favorise l'amélioration et le changement : L'accréditation permet de déterminer les forces et les faiblesses de l'organisation et de guider l'élaboration d'actions normalisées pour combler les lacunes et saisir les occasions d'amélioration.

« Elle a permis à l'organisation de se focaliser sur ce qui est important. Elle a également permis d'améliorer l'utilisation des données afin de déterminer qui ne reçoit pas de services et de trouver des moyens de nous rendre dans les communautés qui reçoivent des services insuffisants. Elle a également permis de cibler les domaines dans lesquels les résultats étaient faibles et de mener une enquête sur les causes et les solutions possibles pour améliorer la situation. »

Amélioration de la qualité et de la sécurité des soins : L'accréditation permet d'améliorer la qualité des soins grâce à la mise en œuvre des pratiques exemplaires, à l'amélioration continue, et à l'utilisation des données pour déterminer les possibilités d'amélioration de la qualité et de la sécurité.

« L'accréditation a permis d'améliorer les documents et les procédures opérationnelles normalisées, mais pas les résultats globaux en matière de santé. Si les temps d'attente ont diminué, le nombre de personnes et les types de défis qui se présentent ont changé, ce qui entraîne des lacunes importantes dans les soins. »

Augmentation de la crédibilité : Le statut d'accréditation sert d'indicateur public de qualité, stimule la fierté au sein des organisations, et valide la qualité des programmes de traitement.

« Le fait qu'un organisme externe et indépendant ait donné son approbation ajoute une couche de crédibilité. C'est comme si une personne de confiance se portait garante de la qualité des programmes et des services. L'accréditation implique souvent un processus d'évaluation par rapport à des normes établies. Cette démarche me rassure sur le fait que les programmes et les services répondent à certains critères de qualité et permettent d'offrir des soins conformes aux normes reconnues. La demande d'accréditation témoigne d'un engagement en faveur de la qualité des soins et indique que les prestataires ne se contentent pas du strict minimum, mais qu'ils et elles cherchent activement à atteindre ou à dépasser les pratiques exemplaires dans le domaine de la santé mentale et de la santé liée à la consommation de substances. »

Rôle de l'accréditation dans l'avenir des soins en SMSCS

L'accréditation peut contribuer de manière décisive à la réalisation d'un grand nombre de ces objectifs futurs. Le tableau suivant présente une vue d'ensemble des défis actuels au sein du système de SMSCS, ainsi que des solutions possibles et les effets prévus sur l'accréditation. Cette analyse souligne la fonction essentielle de l'accréditation pour susciter des changements positifs et des améliorations dans le secteur de la SMSCS.

État actuel	Solutions possibles	Effet sur l'accréditation
<p>Soins en situation de crise : Souvent, les clients et clientes ne demandent ou ne reçoivent un traitement que lorsque la situation atteint le pire, ce qui oblige les agences de SMSCS à trouver des solutions rapides avec des ressources limitées.</p>	<p>Modèle de soins collectifs : Traitement holistique intégré pour soulager la pression sur les soins d'urgence, réduire les longs délais d'attente, inclure le soutien par les pairs et créer un parcours de traitement plus durable et plus harmonieux pour les clients et clientes.</p>	<p>En privilégiant les soins durables et les parcours harmonieux pour les clients et clientes, l'accréditation devient une force motrice dans la transformation de la situation actuelle de soins en situation de crise, ce qui permet de mettre en place un système de SMSCS plus centré sur la personne, plus efficace et plus réactif.</p>
<p>Priorité au traitement : En raison du grand nombre de cas de SMSCS, les agences se concentrent sur le traitement des besoins immédiats, et les familles et les proches aidants et aidantes se retrouvent à gérer la suite des soins.</p>	<p>Priorité aux aspects sociaux : Problèmes environnementaux à l'origine des abandons de traitement, tels que l'itinérance, le manque de sécurité alimentaire, le chômage et les longs délais d'attente pour la réhabilitation.</p>	<p>Si l'importance des questions environnementales est reconnue et qu'une approche holistique est soutenue, les normes d'accréditation peuvent évoluer pour englober les déterminants sociaux plus vastes qui influencent les résultats des traitements.</p>
<p>Processus en silos : Le manque d'intégration des soins rend l'orientation dans le système difficile, crée des obstacles aux soins et ralentit l'accès à l'aide financière.</p>	<p>Processus harmonisé : Un processus clair et simple dans lequel les familles et les agences de SMSCS peuvent s'orienter, avec des organisations en qui elles ont confiance et sans retard dans le traitement.</p>	<p>Si l'importance de la collaboration, de l'harmonisation des transitions et de l'efficacité de l'orientation pour les familles et les agences est reconnue, l'accréditation devient un moyen d'éliminer les structures en silos au sein du système de SMSCS.</p>
<p>Accès inéquitable : Les personnes issues des communautés rurales ou autochtones doivent souvent parcourir de longues distances pour accéder aux soins, et les agences communautaires ne disposent pas des ressources nécessaires pour aider leur clientèle de manière holistique.</p>	<p>Accès équitable : Personnel qui comprend les besoins culturels de la communauté et possède l'expertise nécessaire pour fournir des soins holistiques. Des fonds pour construire davantage de centres de traitement dans les régions rurales.</p>	<p>Si des normes qui privilégient la compétence culturelle et la disponibilité des services dans les régions où les services sont insuffisants sont adoptées, l'accréditation devient un moyen de réduire les disparités géographiques.</p>
<p>Criminalisation : Les mesures punitives imposées à la clientèle qui reçoit des soins en SMSCS aggravent les problèmes et exposent ces personnes à d'autres dommages.</p>	<p>Décriminalisation : Priorité à l'élimination de la source de l'activité criminelle (personne qui vend de la drogue, cannabis comme drogue d'initiation, itinérance).</p>	<p>Si des normes qui insistent sur l'importance de traiter les personnes qui reçoivent des soins en SMSCS avec dignité et compassion sont adoptées, l'accréditation peut favoriser une approche thérapeutique plutôt qu'une approche punitive.</p>

Conformité à la littérature

Bon nombre de ces effets perçus correspondent aux constatations de plusieurs études sur les effets de l'accréditation sur les organisations de soins de santé. Des études systématiques récentes et des recherches principales ont révélé que l'accréditation entraîne les effets positifs suivants :

- Effet positif sur la culture de la sécurité^{60,61}
- Effet positif sur les mesures de rendement liées aux processus^{60,61,62}
- Effet positif sur l'efficacité^{60,61,63}
- Effet positif sur la durée de séjour des clients et clientes⁶⁰
- Effet positif sur la rapidité des soins⁶¹
- Effet positif sur les soins centrés sur la personne et sur la qualité des soins^{61,62,63,64}
- Renforcement de la compétitivité pour obtenir du financement^{65,66,67}
- Effet positif sur l'état de santé⁶³
- Meilleur respect des normes⁶⁸
- Augmentation du respect des lignes directrices recommandées⁶⁹
- Amélioration des éléments structurels et des processus⁷⁰
- Changement durable⁷¹



Selon des analyses systématiques et des recherches principales, l'accréditation a eu un effet positif sur la culture de la sécurité, l'efficacité, l'efficacité, la rapidité, la qualité, les soins centrés sur la personne, l'état de santé, le respect des normes et le renforcement de la compétitivité des organisations de soins de santé pour obtenir du financement.

LIMITES PERÇUES DES NORMES ET DE L'ACCREDITATION EN SMSCS

Limites perçues des programmes d'accréditation

Les résultats du sondage et des discussions ont révélé de nombreuses limites perçues quant à l'accréditation – des lacunes qui peuvent nuire à l'efficacité et à la crédibilité du processus d'accréditation. Les défis indiqués ci-dessous soulignent la nécessité de renforcer les mesures de soutien afin de garantir que les processus d'accréditation sont accessibles, utiles et bénéfiques pour l'ensemble des services de SMSCS.

Contribution plus large	Demande élevée en ressources	Présence en temps opportun et pertinence des normes	Responsabilité soutenue
<ul style="list-style-type: none"> Les normes doivent être élaborées en collaboration avec d'autres personnes. Les normes ne sont pas conçues avec des personnes ayant une expérience vécue, des familles et des groupes d'intérêt plus larges. 	<ul style="list-style-type: none"> Nécessite une quantité de travail irréaliste de la part des organisations Requiert trop de ressources Se traduit par une perte de temps et de ressources Coût élevé de l'accréditation Limite les possibilités de financement Non accessible aux structures plus petites disposant de moins de ressources. 	<ul style="list-style-type: none"> Difficile à mettre en pratique Les normes changent constamment et il est donc difficile de suivre le rythme des changements. Peut être trop détaillé et difficile à suivre. Manque de flexibilité par rapport à des ressources et environnements différents. 	<ul style="list-style-type: none"> La responsabilité est limitée, ce qui entraîne une mise en œuvre superficielle ou limitée dans le temps en matière de pratiques.
Priorité aux résultats souhaités	Compétence culturelle et équité	Disparités régionales	Crédibilité des évaluateur(trice)s d'accréditation
<ul style="list-style-type: none"> Les mesures doivent être axées sur les résultats et pas seulement sur le processus. La technologie, les rapports et la qualité des données doivent être améliorés afin d'établir d'importantes corrélations avec les résultats souhaités. Les structures communautaires souhaitent avoir plus de poids dans les critères d'évaluation. 	<ul style="list-style-type: none"> Ne soutient pas les populations marginalisées et mal desservies. Ne soutient pas les populations méritant l'équité. N'intègre pas la perspective autochtone et n'est pas culturellement sûre. Les normes manquent de compétence culturelle. 	<ul style="list-style-type: none"> La politique provinciale se traduit par des perspectives régionales et des conditions de fonctionnement différentes, ce qui a une incidence sur le financement, les attentes, etc. Chaque province contrôle son propre système, ce qui rend difficile la compréhension et le travail au sein du système. 	<ul style="list-style-type: none"> Inquiétudes quant à une potentielle interprétation erronée de la part de l'évaluateur(trice) lors de l'évaluation. Inquiétudes quant à la non-cohérence entre la norme et les expériences de soins réelles. Inquiétudes quant à l'expertise et à l'impartialité des évaluateur(trice)s.

Principaux thèmes sur les limites des programmes d'accréditation

Opinions variées

Les normes peuvent souvent être peu inclusives. Idéalement, la clientèle ainsi que les communautés participeraient de manière adéquate aux consultations et leurs points de vue seraient pris en compte dans la démarche d'élaboration des normes. Cette situation peut conduire à une rupture entre les critères d'accréditation et les besoins réels et les contextes culturels des personnes qui reçoivent des services.

« Pour moi, ce qui est le plus important, c'est le rôle de la participation et du dialogue avec les communautés, ainsi que la prise en compte et la mise en œuvre de ces aspects. Ma vision des soins en SMSCS au Canada repose sur les besoins et les idées des communautés : les personnes qui accèdent aux soins, les prestataires de services, les organisations communautaires, les chercheurs et chercheuses à l'échelle locale et les décideurs et décideuses politiques dialoguent pour comprendre les points où les besoins ne sont pas comblés. »

« Je pense qu'il est très difficile de créer des normes collaboratives si toutes les voix qui doivent être présentes à la table ne sont pas invitées. Et il est assez inhabituel que les proches aidants et aidantes le soient. Je ne vois pas les familles, qui fournissent la majeure partie des soins de santé mentale dans les populations où les soins sont insuffisants, être invitées à participer. Je ne les vois pas assez souvent invitées aux réunions de planification, et elles n'ont pas assez d'occasions de donner leur avis sur la satisfaction ou l'insatisfaction de leurs besoins en matière de services. »

« La difficulté est de se mettre d'accord ... sur qui devrait fixer les normes, car je pense que la personne qui le fait va définir l'objectif. Certains des domaines sont, à mon avis, considérés comme moins académiques et sont souvent plus difficiles à mesurer et à gérer dans la pratique. Je pense que ces éléments sont laissés de côté dans les normes traditionnelles, et en particulier la santé mentale ... ces éléments sont souvent parmi les plus significatifs, l'élément le plus difficile à expliquer concernant ce que nous faisons et qui apporte une différence considérable dans la vie de nos patients et patientes et des personnes avec lesquelles nous travaillons et que nous soutenons. »

Demande élevée de ressources

La perception est que le processus nécessite énormément de ressources et qu'il est coûteux. Il est donc difficile pour les organisations de justifier les dépenses par un retour sur investissement positif, ce qui limite leurs possibilités de financement et leur capacité à respecter les normes d'accréditation imposées. De nombreuses organisations ont souligné que le processus représentait une charge de travail irréaliste pour elles. Cette situation est surtout observée dans les petites organisations, les organisations rurales et, en particulier, les organisations autochtones, qui souvent ne disposent pas du personnel et des ressources financières nécessaires pour entreprendre le processus d'accréditation.

« C'est là que se trouve le défi. Nos programmes et notre personnel sont déjà trop sollicités. Nous avons la motivation et l'enthousiasme nécessaires pour mettre en œuvre des changements, mais ce projet alourdit la charge de travail d'un personnel déjà épuisé. »

« D'un point de vue communautaire, quand j'entends parler d'accréditation, j'entends les formalités, la bureaucratie, le temps, les capacités, les ressources, les compétences. Autant d'éléments qui manquent quotidiennement aux personnes de première ligne et à celles qui se trouvent au cœur de l'action. Pour moi, il s'agit d'un énorme investissement en temps et en ressources. Et s'il n'y a pas d'obligation de rendre des comptes, si l'investissement n'en vaut pas la peine, je me mets à réfléchir, car je pense que l'accréditation est un processus lourd et qu'il est difficile de faire respecter les normes. »

Présence en temps opportun et pertinence des normes

Le problème actuel que posent les normes obsolètes dans un programme d'accréditation est qu'elles ne correspondent pas aux pratiques exemplaires les plus récentes et aux besoins émergents, ce qui risque de compromettre la qualité et la pertinence des soins dispensés.

« En ce qui concerne les normes, oui, elles sont très valables et il est très important de les respecter, mais elles changent tout le temps. Elles doivent évoluer. Elles doivent être très flexibles pour évoluer avec le temps, car la réalité change. Rien qu'au cours de l'année dernière, le problème de la consommation de substances a changé. Il est difficile de suivre un processus d'accréditation et de se rendre compte que nos informations ne sont plus à jour au moment où nous terminons. »

« Mon avis est partagé lorsqu'il s'agit de normes. D'une part, nous voulons que les gens soient bien traités, quel que soit l'endroit où ils participent à un programme, nous voulons que les gens bénéficient d'une norme de soins de HAUTE QUALITÉ. MAIS d'une autre part, nos "pratiques exemplaires" actuelles laissent encore à désirer. Il suffit de regarder les statistiques concernant les rechutes et le rétablissement général des personnes, leur santé et leur bien-être, après avoir participé à des programmes courants. Donc, si nous établissons une norme et que nous fixons une limite stricte – nous savons que les normes ne sont déjà PAS suffisantes pour améliorer réellement la situation d'une personne après les soins (disons cinq ans après avoir participé à un programme). Qui estimerait que ses problèmes de consommation de substances et sa santé mentale se sont améliorés comparativement à avant sa participation au programme? Je résiste aux "normes" à moins que nous puissions prouver que ces normes imposées fonctionnent réellement. Est-ce que le fait de fournir x, y, z permet d'obtenir les résultats souhaités pour la personne et sa communauté dans les années à venir? Si ce n'est pas le cas, nous devons changer notre façon de faire. Nous devons mieux "connaître/comprendre" le problème fondamental. »

Responsabilité soutenue

Les principales préoccupations portent sur la nécessité d'effectuer des vérifications régulières pour confirmer le respect des normes et de procéder à des examens réguliers pour confirmer que les pratiques conformes sont maintenues. Les organisations reviennent souvent à leurs activités habituelles après l'accréditation, et manquent donc l'occasion de mettre en œuvre et de maintenir les changements qui pourraient mener à une meilleure prestation de services et à une plus grande sécurité pour les patients et patientes. Ce cycle compromet les avantages potentiels de l'accréditation, qui apparaît davantage comme un exercice périodique que comme un véritable engagement en faveur d'un changement continu et durable, voire d'une amélioration des effets.

« Nous créons ces merveilleuses normes, mais où est l'obligation de rendre des comptes? Parce que ces normes sont respectées par un grand nombre de prestataires formidables, mais il y en a aussi beaucoup qui ne les respectent absolument pas et qui causent de graves dommages dans d'excellents établissements, et il n'y a aucun compte à rendre. »

« Les normes peuvent contribuer à améliorer les soins en santé mentale et en santé liée à la consommation de substances, à condition qu'il y ait une obligation de rendre des comptes. Les provinces et le Canada ont besoin d'organismes de gouvernance pour les professionnels et professionnelles de la santé mentale afin de s'assurer que les normes sont suivies, examinées, mises en œuvre et évaluées. Étant donné que les normes sont respectueuses de la culture, adaptées aux traumatismes et centrées sur la personne, elles peuvent être utiles pour guider les prestataires sur la manière de favoriser un système plus sûr. Lorsqu'il n'y a pas d'organisme directeur pour demander des comptes, pas d'enquête sur les prestataires qui ne respectent pas les normes [qui sont] définies, les normes restent des lignes directrices superficielles et n'entraînent pas de changement. Il faut un organisme directeur, un moyen pour les personnes concernées de signaler tout préjudice par rapport aux normes de pratique et la possibilité de mener des enquêtes formelles. »

« Par exemple, je sais que l'autorité sanitaire a fait respecter les normes d'accréditation pour certains aspects, et qu'une fois le processus terminé, la situation est redevenue, disons, moins bonne qu'elle ne devrait l'être. Et je n'ai pas vu alors de possibilité pour qui que ce soit d'intervenir et de dire : "Attendez une minute, vous avez obtenu l'accréditation pour ce point, mais vous ne la respectez pas". On a simplement coché la case. »

« À l'époque, notre organisation s'est empressée de veiller à ce que toutes les normes soient respectées lorsque nous savions que les organismes d'accréditation allaient arriver, mais après le processus, nous avons repris nos activités comme si de rien n'était. Il ne nous arrivait donc pas souvent de constater des lacunes. Mais lorsque c'était le cas, on s'attendait à ce que la situation soit corrigée, bien qu'il n'y ait pas eu de suivi pendant le reste de l'année pour confirmer que les changements avaient bien été apportés. »

Priorité aux résultats souhaités

Les personnes interrogées ont exprimé une opinion générale selon laquelle l'accréditation, bien qu'elle soit reconnue comme importante et bénéfique à divers égards, n'entraîne souvent que des changements superficiels. D'un point de vue fondamental, il existe une lacune apparente en ce qui concerne le fait de privilégier les résultats qui comptent vraiment pour les clients et clientes et la communauté au sens large.

« L'accréditation signifierait que le programme ou le service respecte un niveau de qualité de base. Ma confiance envers ceux-ci augmenterait légèrement, mais dans une mesure limitée. Ce n'est pas parce qu'un service est accrédité que mon expérience de ce service sera bonne. »

« L'accréditation a permis d'améliorer les documents et les procédures opérationnelles normalisées, mais pas les résultats globaux en matière de santé. Si les temps d'attente ont diminué, le nombre de personnes et les types de défis qui se présentent ont changé, ce qui entraîne des lacunes importantes dans les soins. »

« S'il y avait des contrôles et des examens réguliers des aspects des programmes qui doivent être améliorés et si les suggestions étaient mises en œuvre, suivies et évaluées, je pense que nous pourrions voir un effet direct sur les résultats en matière de santé. »

Sécurité culturelle et équité

Les normes, bien qu'elles visent à l'inclusion, ne réussissent souvent pas à inclure et à faire respecter de manière adéquate les pratiques et les croyances culturelles, religieuses ou ethniques. On craint que les normes imposées par les autorités nationales seront appliquées de manière trop rigide, ce qui risquerait d'aliéner les clients et clientes mêmes qu'elles sont censées servir.

« Selon moi, l'accréditation peut être incroyablement utile, mais aussi incroyablement contraignante pour les personnes qui vivent dans les réserves et qui ont un accès très limité aux ressources. »

« Des soins respectueux de la culture offerts en collaborant avec des personnes ayant une expérience vécue ou présente et des communautés qui ont été touchées par les préjudices constants du système. »

« J'ai été chef de clinique en psychiatrie dans plusieurs hôpitaux, et j'ai participé directement aux processus d'accréditation et j'ai examiné toutes les pratiques organisationnelles requises (POR) et tous les indicateurs. Le terme "équitable" ne reflète pas les principales inégalités que j'ai constatées, à savoir l'inégalité entre les soins prodigués en SMSCS et les services de santé physique. »

Divergences régionales et influence des politiques

L'application pratique de ces normes, ainsi que le risque de lourdeur bureaucratique supplémentaire, suscitent des préoccupations, ce qui pourrait nuire à la qualité des services de première ligne. Les personnes interrogées ont souligné le besoin de transparence, de contrôle continu et d'instauration de la confiance dans le processus d'accréditation.

« En fin de compte, lorsqu'on se dispute pour savoir si le gouvernement dit qu'il faut être accrédité, tout serait perdu pour moi si je veux fournir des services. Je vis dans le Nord. Certaines familles seraient laissées pour compte parce que les programmes locaux ne sont pas accrédités, il faudrait leur dire d'aller à Toronto ou ailleurs. De quel type de rupture s'agit-il? En quoi tout ça créé un lien avec la communauté... il faut comprendre que la notion d'accréditation doit inclure la disponibilité d'options. Parlons ensuite de capacités... quand il est question d'accréditation au sein de la communauté des Premières Nations, la logique ne tient même plus lorsqu'on soustrait des services comme ceux des gestionnaires de bande. Lorsqu'on fait appel à des suppléants et suppléantes pour fournir des services, ces sous-traitants ont-ils vraiment le personnel ou les capacités nécessaires pour même penser à un processus d'accréditation? Absolument pas. »

« En théorie, en tant que scientifique, j'ai envie de dire que ma confiance en eux augmenterait. Cependant, en tant que personne ayant une expérience vécue, je sais qu'un grand nombre des services auxquels j'ai eu accès et où j'ai vécu des expériences horribles, ou bien où j'ai vu d'autres personnes de ma communauté vivre des expériences horribles, ne sont, en théorie, "pas censés" être comme ça. Je pense que de nombreuses personnes ayant une expérience vécue ont le sentiment qu'il existe un fossé énorme entre ce qui est la politique, la loi, la norme, etc. ("les soins auxquels on nous dit que nous pouvons nous attendre") et la réalité quand vient le temps d'accéder aux soins. Je pense que l'accréditation ne ferait pas du tout augmenter ma confiance – je ne présumerais aucun changement tant que je n'aurais pas fait l'expérience d'un changement réel, moi-même. »

Crédibilité des évaluateurs et évaluatrices de l'accréditation

Les préoccupations concernant les évaluateurs et évaluatrices de l'accréditation reposent principalement sur des interprétations erronées lors des évaluations, potentiellement attribuables à des contextes informels et à une compréhension erronée des commentaires, ainsi qu'à un écart entre les normes officielles et les expériences lors de la prestation des soins, ce qui mine la confiance. La crédibilité du processus dépend fortement de l'expertise des évaluateurs et évaluatrices, de l'application de critères fondés sur des données probantes, et de l'impartialité.

« Durant la période d'évaluation pour obtenir une approbation, la personne chargée de l'évaluation a mal interprété les lacunes constatées. D'une part, cette personne nous a posé des questions dans un contexte informel (sans nous aviser que la conversation était officielle), et d'autre part, elle a pris au pied de la lettre certaines remarques qui avaient été faites sur un ton de plaisanterie. Ces points n'étaient donc pas pertinents et nous n'avons pas eu besoin d'aide pour les corriger. »



Une étude réalisée en 2021, commandée par la International Society for Quality in Health Care External Evaluation Association,¹³ a porté sur 53 organismes qui offraient 25 programmes d'accréditation dans le domaine des soins de santé, dont 13 étaient obligatoires.⁷⁷ Cette étude a révélé que les programmes d'accréditation variaient, allant de programmes distincts, de segments d'organisations, et de services individuels aux soins intensifs en milieu hospitalier ou aux organisations de soins de santé primaires. L'accréditation dans le cadre de ces programmes servait à examiner et à favoriser les normes de qualité et de sécurité ainsi qu'à améliorer les organisations et les services de soins de santé. Les défis auxquels ces organismes d'accréditation ont été confrontés étaient notamment la difficulté à garantir l'actualité des normes, les processus d'évaluation, l'expertise des évaluateurs évaluatrices, et les mécanismes de production de rapports.⁷⁷

Conformité à la littérature

Plusieurs études ont porté sur les facteurs qui nuisent à l'accréditation et sur ceux qui la facilitent, et leurs résultats correspondent à ceux décrits par les personnes interrogées dans le présent rapport. Une liste détaillée des facteurs qui nuisent à l'accréditation et de ceux qui la facilitent est présentée ici.

Obstacles organisationnels, notamment :

- Coûts liés à l'accréditation et contraintes de ressources^{72,73,74}
 - Par exemple, la direction a déclaré qu'aucune ressource financière supplémentaire n'avait été accordée par l'organisation pour financer les démarches d'accréditation⁷⁵
- Résistance organisationnelle à l'accréditation^{73,76}
- Politiques et culture organisationnelles⁷⁴

Obstacles systémiques, notamment :

- Manque de ressources financières^{57,76}
- Manque de mesures incitatives ou de pressions externes⁷⁴
- Manque d'avantages concrets de l'accréditation⁷²
- Garantie de l'actualité et de la pertinence des normes⁷⁷
- Processus d'évaluation et expertise des évaluateurs et évaluatrices^{57,77}

Obstacles relatifs au personnel, notamment :

- Manque de temps^{72,73,78}
- Résistance de la part des clients et clientes^{57,76,}
- Manque de compétences, de connaissances et de formation du personnel en matière d'accréditation^{72,76}
- Manque de capacité en matière de personnel^{57,72,78,79}

En revanche, les facteurs qui facilitent l'accréditation sont notamment :

- Disponibilité d'un financement supplémentaire⁷³
- Formation et soutien dédiés au personnel^{55,72,73,76,79}
- Solidité de la culture et de la direction de l'organisation^{72,74,76}
- Pression externe liée à la législation⁷⁴
- Engagement de l'organisation, conviction de l'organisation et du personnel à l'égard de l'accréditation⁸⁰
- Harmonisation de l'accréditation avec les convictions, le contexte et le modèle de prestation de services de l'organisation⁸⁰
- Soutien administratif, formation du personnel et développement de l'application des systèmes électroniques^{55,79}
- Augmentation du personnel⁵⁵
- Amélioration des connaissances des clients et clientes au sujet de l'accréditation⁵⁵

RECOMMANDATIONS AU SUJET DE L'AVENIR DE L'ACCREDITATION

Les recommandations ci-dessous ont pour objectif de résumer les points de vue exprimés par diverses personnes détentrices de connaissances sur l'accréditation, les normes et la normalisation dans le domaine de la SMSCS et de traiter des limites de l'accréditation soulevées dans le présent rapport.

Recommandation 1

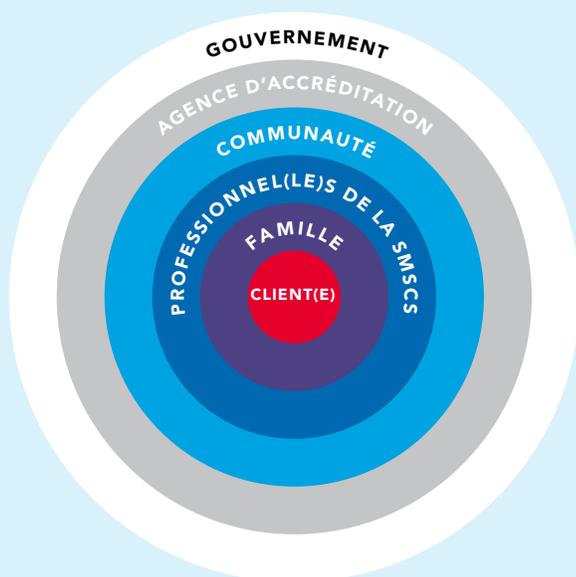
Importance de la collaboration centrée sur la clientèle

Compte tenu des informations recueillies, la collaboration centrée sur la clientèle ressort comme un élément essentiel pour améliorer l'efficacité et la crédibilité des processus d'accréditation au sein des services de SMSCS. Cette approche privilégie les besoins, les expériences et les perspectives des personnes qui reçoivent des soins, ce qui garantit que les normes d'accréditation et les évaluations ne sont pas simplement procédurales, mais qu'elles reflètent véritablement les besoins de la clientèle et qu'elles y répondent. La collaboration centrée sur la clientèle implique de communiquer avec la clientèle afin qu'elle participe activement à ses soins, et de tenir compte de son contexte culturel, économique et personnel unique.

Puisque les études montrent que la plupart des personnes qui participent aux soins en SMSCS ne sont pas satisfaites de la situation actuelle, les organismes d'accréditation doivent intervenir davantage sur le plan de la sensibilisation, afin de faire évoluer et de transformer le système de soins en un système plus satisfaisant, où les résultats pour les clients et clientes ainsi que la satisfaction du personnel sont améliorés. De plus, les organisations craignent que les normes adoptées à l'échelle nationale seront appliquées de manière rigide ou universelle, ce qui risquerait d'aliéner la clientèle même que ces normes sont censées aider.

Cette priorité accordée à la collaboration centrée sur la clientèle permet de combler le fossé entre les normes officielles et l'expérience réelle des soins, ce qui favorise un modèle de prestation de services plus inclusif, équitable et efficace qui respecte la diversité des contextes et des expériences de la clientèle et en tient compte.

Collaboration centrée sur la clientèle



- 1 **Client(e)** : Conception de normes visant à garantir un environnement sûr pour les client(e)s, qui tient compte de tous les besoins en matière de culture et de traitement, et qui possède une certaine flexibilité permettant de procéder à des ajustements si nécessaire.
- 2 **Famille/personnes soignantes** : créer avec les familles des normes qui répondent à leurs besoins en tant que principales personnes soignantes, avec des évaluations de suivi pour s'assurer que les normes sont respectées de manière cohérente.
- 3 **Professionnel(le)s de la SMSCS** : obtenir une perspective holistique de la part de l'ensemble des expert(e)s qui s'occupent des client(e)s (y compris les psychiatres) afin d'assurer un parcours de traitement plus fluide.
- 4 **Communauté** : collaborer avec des chefs de file de la communauté pour garantir leur soutien envers les organisations accréditées et établir des lignes directrices concernant le logement et les soins post-réhabilitation, afin de minimiser les bris de continuité dans le traitement.
- 5 **Agence d'accréditation** : promouvoir un suivi continu avec les familles, les professionnel(le)s des services et les communautés pour s'assurer que les normes continuent à garantir des résultats de traitement positifs.
- 6 **Gouvernement** : financer les petites agences pour leur permettre de demander l'accréditation sans grever leurs ressources limitées.

Recommandation 2

Maintenir des normes et des programmes d'accréditation opportuns et pertinents

Durant les consultations, lorsque la question des normes a été abordée, de nombreuses personnes ont souligné la nécessité d'accorder la priorité à l'élaboration de normes nationales qui sont opportunes et qui reposent sur les données probantes et les expériences actuelles. Des préoccupations ont été exprimées en ce qui concerne les normes obsolètes dans les programmes d'accréditation, la mise en œuvre d'un processus d'examen systématique et régulier des normes, et la participation de diverses personnes détentrices de connaissances dans le domaine. Cet aspect a de nouveau été souligné lors des discussions sur la variabilité des normes dans chaque province et territoire. Il est recommandé d'établir une approche dynamique qui permet d'effectuer des mises à jour en temps opportun, et qui repose sur des connaissances du monde réel et des évaluations fondées sur des données.

De plus, il faut favoriser la transparence en communiquant activement les mises à jour aux organisations accréditées, afin qu'elles soient au courant des changements et qu'elles puissent adapter leurs pratiques aux normes les plus récentes et efficaces. Cette approche permettra d'améliorer la qualité et la pertinence des soins fournis tout en favorisant un environnement de soins de santé collaboratif et fondé sur l'information.

Recommandation 3

Sécurité et sensibilité culturelles des normes et programmes d'accréditation

Il est important de veiller à ce que la sécurité soit intégrée aux compétences des évaluateurs et d'inclure cette compétence dans les normes et les programmes d'accréditation afin de mieux faire respecter les principes d'autodétermination, d'équité, de diversité et d'inclusion. Les programmes doivent respecter les pratiques et les croyances culturelles, religieuses ou ethniques. Il convient d'élaborer les normes et les programmes d'accréditation en partenariat avec les Premières Nations, les Inuits et les Métis afin de garantir que ces normes et programmes respectent les pratiques et les croyances des nombreuses et diverses communautés et qu'ils comprennent un contenu qui favorise des pratiques non racistes et respectueuses des cultures. Les évaluateurs et évaluatrices doivent représenter la diversité de la population servie, ce qui inclut des évaluateurs et évaluatrices des Premières Nations, des Inuits et des Métis. La collaboration continue avec les leaders communautaires et les organisations qui représentent diverses populations peut contribuer à l'élaboration et à l'affinement des normes et garantir qu'elles reposent sur les expériences vécues par les personnes qui accèdent aux services de SMSCS. Le fait d'accorder la priorité à la sécurité culturelle dans les normes et les programmes d'accréditation peut favoriser un système de SMSCS plus équitable et plus inclusif.

Recommandation 4

Processus d'accréditation optimisé

Un cadre d'accréditation optimal doit être clair et simple, afin que les exigences soient facilement comprises par toutes les parties prenantes. Il est toutefois indispensable de reconnaître que l'accréditation n'est pas une activité ponctuelle; elle nécessite un suivi régulier et doit pouvoir être adaptée aux circonstances changeantes. Les évaluations continues contribuent à la flexibilité et à la pertinence du cadre d'accréditation au fil du temps.

De plus, la formation continue est essentielle pour toutes les personnes qui participent au processus d'accréditation. Une formation complète du personnel en place et la mise à disposition de documents de référence accessibles sont nécessaires pour guider le personnel tout au long du processus. Le fait d'accorder de l'importance à la formation continue garantit que le nouveau personnel se conforme sans difficulté aux exigences de l'accréditation, ce qui favorise une culture de la compréhension et du respect des règles.



Recommandation 5

Améliorer la connaissance et la compréhension des normes et de l'accréditation

Si le terme « évaluation de la conformité » peut être utile dans d'autres disciplines, il n'a pas été adopté par la communauté de la SMSCS qui participe à ce projet et, dans la plupart des cas, il est source de confusion. En revanche, le terme « accréditation » a été plus largement compris par la communauté de la SMSCS. Cependant, malgré sa reconnaissance, on constate une incompréhension considérable quant à ce que signifie l'accréditation et à ce qu'elle permet de réaliser.

Dans ce contexte, il convient de déployer des efforts concertés pour améliorer la connaissance et la compréhension de l'accréditation au sein de toute la communauté. Une communication efficace doit être axée sur la mise en évidence des points forts de l'accréditation d'une manière qui soit facilement compréhensible pour toutes les personnes concernées. Il a été prouvé que des programmes d'accréditation fiables procurent de nombreux avantages, notamment en ce qui concerne l'efficacité opérationnelle, l'amélioration de la qualité des soins, la facilité à adopter des changements, et le développement d'un personnel compétent et bien préparé. Une communication claire est essentielle pour écarter les idées fausses et garantir une compréhension plus précise de l'accréditation et de ses contributions potentielles.

Par ailleurs, une attention nationale accrue doit être accordée aux normes et à l'accréditation afin de favoriser les pratiques partagées et de réduire les variations des normes et des exigences attribuables à la variation des organismes d'accréditation. La consultation a permis de constater clairement que les normes sont interprétées et comprises de diverses manières, tout comme leurs fonctions en ce qui concerne la qualité et la sécurité des clients et clientes. Il peut donc être nécessaire d'établir un cadre ou une stratégie de normalisation et d'accréditation à l'échelle nationale, qui définit les critères pour des normes et des attentes constantes et de haute qualité dans les services de SMSCS à travers le Canada.

Recommandation 6

Utiliser l'accréditation comme levier pour créer une culture axée sur la qualité et la sécurité

Pour renforcer les effets de l'accréditation, nous recommandons de veiller à ce que l'accréditation soit perçue comme un outil stratégique pour favoriser une culture de la qualité et de la sécurité au sein des services de SMSCS. Il s'agit non seulement d'assurer le respect des pratiques exemplaires et des soins de qualité, mais aussi de mettre en place un système fiable de collecte régulière de données. Ces données doivent permettre de mesurer de manière fiable l'efficacité de l'accréditation, notamment en ce qui concerne les résultats et les effets concrets.

Les organismes d'accréditation doivent contribuer de manière déterminante à la définition et à la collecte d'informations précises sur les résultats obtenus par la clientèle et les clients et clientes. Les données normalisées recueillies peuvent servir à établir des rapports et à prendre des mesures de manière plus efficace, ce qui permet de s'éloigner des méthodes actuelles cloisonnées et fragmentées. Ces données à double fonction permettent de mettre en évidence les points forts et les points à améliorer, et offrent au personnel et aux organisations une mesure objective de leur rendement.

Recommandation 7

Mettre les soins intégrés au cœur des normes et programmes d'accréditation

Bon nombre de dirigeants et dirigeantes du secteur de la santé dans le domaine de la SMSCS soulignent l'importance de faire connaître les normes et les principes d'accréditation au-delà de la discipline de la SMSCS. Puisque les problèmes de santé mentale touchent l'ensemble du processus de soins, le fait de proposer ces normes à d'autres disciplines de santé peut permettre à un plus grand nombre de professionnels et professionnelles de la santé de reconnaître les soins dispensés pour la SMSCS, d'y accéder et d'y apporter leur soutien. Cette approche collaborative est conçue pour améliorer les résultats chez les clients et clientes et pour intégrer de manière harmonieuse les services de santé mentale dans des contextes de soins de santé plus larges.

De plus, il convient d'envisager d'accréditer des réseaux de prestataires plutôt que des organisations individuelles. L'accréditation des réseaux qui adoptent des modèles de soins intégrés permet de favoriser une approche collaborative et interconnectée de la prestation des soins de santé. Cette approche cadre avec l'objectif de favoriser l'intégration des soins et d'améliorer l'efficacité globale des services de santé mentale dans les divers contextes de soins de santé.

Recommandation 8

Éliminer les obstacles pour la mise en place de programmes d'accréditation

Pour garantir que l'accréditation est accessible à toutes les organisations, indépendamment de leur taille ou de leurs ressources, il est essentiel d'éliminer les obstacles, en particulier pour les organisations de petite taille et disposant de ressources limitées. Des programmes d'assistance ciblés et des initiatives de renforcement des capacités adaptées à leurs besoins particuliers peuvent atténuer les difficultés. De plus, un soutien financier et des ressources sont nécessaires pour favoriser un contexte d'accréditation inclusif.

Une autre solution envisageable est d'explorer d'autres modèles d'accréditation. L'accréditation est considérée comme une approche fondée sur des « normes d'excellence », alors que de nombreuses personnes pensent qu'une approche fondée sur des « normes minimales » pourrait être bénéfique pour certaines organisations qui éprouvent des difficultés à participer aux programmes d'accréditation. Pour être efficaces, il conviendrait que ces normes minimales soient conçues en collaboration avec les communautés et qu'elles soient gérées principalement par auto-évaluation ou par un examen local par les pairs. Cette approche permettrait d'inclure davantage d'éléments de soins respectueux envers la culture.

DÉFINITIONS

Liste de termes, avec définition, utilisés dans le présent rapport :

Accessibilité : Disponibilité en temps opportun et de manière équitable des soins de santé.

Accréditation (pour les prestataires de services de santé) : En ce qui concerne les prestataires de services de santé, l'accréditation désigne l'évaluation formelle, indépendante et par une tierce partie, effectuée par des pairs spécialistes de l'évaluation en fonction des normes de qualité. Les organismes d'accréditation, tels que la CARF, Agrément Canada, le Conseil d'accréditation canadien et le Centre canadien de l'agrément, mènent le processus d'accréditation auprès d'organisations, de systèmes, de programmes et de services, afin de s'assurer qu'ils répondent aux exigences des normes de qualité. Les organisations de santé et de services sociaux s'appuient sur l'accréditation pour être reconnues pour leur engagement dans un processus continu d'amélioration de la qualité de leurs services et de respect des normes de qualité.

La définition de l'accréditation des prestataires de services de santé équivaut au concept de « l'évaluation de la conformité et de l'amélioration continue de la qualité ». Les deux déterminent si un programme, un service, une organisation ou un système répond aux exigences d'une norme particulière. La définition de l'accréditation pour les prestataires de services de santé implique également l'amélioration continue de la qualité, notamment par des suggestions d'amélioration du programme, du service, de l'organisation ou du système de la part des évaluateurs et évaluatrices.

Il est important de noter que, tout au long du présent rapport, il est fait référence à la définition de l'accréditation pour les prestataires de services de santé, qui peut être interprétée comme « l'évaluation de la conformité et l'amélioration continue de la qualité ».

Accréditation : L'accréditation est la reconnaissance formelle, par une tierce partie, de la compétence d'une organisation à effectuer des tâches précises, c'est-à-dire le travail pour lequel l'organisation est accréditée.⁸ Elle peut être volontaire ou imposée par un gouvernement. Il s'agit d'un processus d'amélioration continue de la qualité visant à démontrer que les normes internationales ou nationales prescrites sont respectées. Le Conseil canadien des normes est l'organisme national d'accréditation au Canada. Le CCN octroie l'accréditation aux organismes d'évaluation de la conformité, tels que les laboratoires d'essai et les organismes de certification des produits, selon les normes reconnues à l'échelle internationale.

Client ou cliente : Les termes privilégiés pour décrire les personnes qui présentent des problèmes de santé mentale sont en constante évolution. Nous reconnaissons que ces distinctions peuvent être très personnelles et qu'elles sont à la base des présomptions qui déterminent la relation d'une personne avec son ou sa prestataire de soins. Dans cette optique, nous utilisons le terme « client ou cliente » pour désigner une personne qui reçoit des soins de santé, y participe et en bénéficie. Aux fins de la présente norme, ce terme englobe les personnes qui souhaitent obtenir des soins pour leurs symptômes liés à la santé mentale, leurs symptômes liés à la consommation de substances, ou les deux types de symptômes. Selon le cadre ou le contexte des soins, on peut désigner un client ou une cliente comme un client ou une cliente, un résident ou une résidente, ou un/une membre de la communauté. Lorsque l'organisation ne fournit pas de services directement aux personnes, le terme « client ou cliente » désigne la communauté ou la population qui reçoit les services de l'organisation.

Soins centrés sur la personne : Approche fondée sur la philosophie des soins centrés sur la personne, qui garantit que le client ou la cliente est un/une partenaire et participe activement à ses soins, et que les objectifs, les capacités et les préférences du client ou de la cliente déterminent les décisions relatives aux soins.

Évaluation de la conformité : L'évaluation de la conformité consiste à déterminer si un produit, un service ou un système respecte les exigences d'une norme particulière.

Continuité des soins ou des services :

La prestation coordonnée, ininterrompue et harmonieuse de services de soins de santé tout au long de la transition du client ou de la cliente vers d'autres services psychiatriques au fur et à mesure qu'il ou elle vieillit ou que ses besoins changent.

Sécurité culturelle : Un principe qui repose sur une approche respectueuse, dans laquelle les déséquilibres de pouvoir inhérents au système de santé sont reconnus et pris en compte. Ce principe permet de créer un environnement exempt de racisme et de discrimination, dans lequel les personnes se sentent "en sécurité" lorsqu'elles reçoivent et fournissent des soins et qu'elles interagissent avec le système de santé.¹ Un environnement de sécurité culturelle est un environnement qui est physiquement, socialement, émotionnellement et spirituellement sûr et où les défis, l'ignorance ou le déni de l'identité d'une personne n'existent pas.¹ Pour pratiquer la sécurité culturelle, il faut connaître les événements coloniaux, sociopolitiques et historiques qui déclenchent les disparités dans le domaine de la santé et perpétuent le racisme et les traitements inéquitables.⁸²

Personne de soutien désignée (PSD) : Une personne ou des personnes que le client ou la cliente choisit pour participer à ses soins. Un client ou une cliente a le droit d'inclure ou non une personne de soutien désignée dans tout aspect de ses soins. Un client ou une cliente a également le droit de remplacer à tout moment la ou les personnes de soutien désignées, qui peuvent donc être des personnes différentes selon l'étape du parcours du client ou de la cliente. Selon le territoire de compétence, une personne de soutien désignée peut être connue sous d'autres termes, comme « partenaire de soins indispensable » ou « proche aidant ou aidante indispensable ». Le terme « personne(s) de soutien désignée(s) » est le terme privilégié pour désigner le rôle de la personne de confiance d'un client ou d'une cliente, qui peut être un/une membre de la famille, un ami ou une amie, un proche aidant ou une proche aidante, une personne chère, etc.

Pratique fondée sur des données probantes : Une façon de fournir des soins de santé qui est guidée par une intégration réfléchie des meilleures connaissances scientifiques disponibles et de l'expertise clinique. Cette approche permet aux praticiens et praticiennes d'évaluer de manière critique les données de la recherche, les lignes directrices cliniques et d'autres ressources d'information afin de déterminer correctement le problème clinique, d'appliquer l'intervention de la plus haute qualité et de réévaluer le résultat en vue d'une amélioration future.¹

Efficace : Fournir des services de soins de santé fondés sur des données probantes aux personnes qui en ont besoin (OMS, 2024).⁸⁷

Équité en matière de santé : L'équité en matière de santé est l'absence de différences injustes et évitables en ce qui concerne l'accès aux soins de santé, leur qualité ou les résultats obtenus. Le fait de mesurer les inégalités en matière de santé permet de déterminer les différences pour lesquelles il est possible de prendre des mesures et permet de suivre les progrès réalisés pour atteindre l'équité en matière de santé.⁸³

Indicateur : Selon la définition de l'Institut canadien d'information sur la santé :
« Les indicateurs de santé sont des mesures sommaires qui fournissent de l'information comparable et exploitable sur des sujets prioritaires liés à la santé de la population ou à la performance des systèmes de santé. »⁸³

Soins intégrés : Les soins intégrés, également connus sous le nom de soins coordonnés ou complets, désignent une approche coordonnée des services de santé et de soins qui réunit des prestataires de diverses disciplines et spécialités professionnelles pour collaborer aux soins d'un client ou d'une cliente en particulier pendant une période soutenue, récurrente ou à long terme, plutôt qu'à l'occasion d'un événement unique.

Système de santé apprenant : Un système de santé apprenant est un système de santé dans lequel les données et l'expérience sont systématiquement intégrées aux données probantes, notamment la recherche et les pratiques exemplaires, et où toutes les connaissances sont directement mises en pratique au sein du système de santé.

Services de santé mentale et de santé liée à la consommation de substances : Une gamme de soins et de services de soutien offerts par des équipes spécialisées en santé mentale et en santé liée à la consommation de substances afin de traiter les symptômes liés à la santé mentale ou à la consommation de substances, les dépendances comportementales, ou une combinaison de ces éléments. Ces services témoignent d'une approche intégrée et centrée sur la personne en matière de prestation de soins, dans laquelle les prestataires de services sociaux et de santé collaborent pour fournir des soins et du soutien efficaces et en temps opportun dans tous les contextes de soins.

Dirigeants et dirigeantes d'organisation : Personnes qui, au sein d'une organisation, occupent une fonction de direction formelle ou informelle pour soutenir, gérer et mettre en valeur leur équipe, leur unité, leur organisation ou leur système (Dickson & Tholl, 2014). Les dirigeants et dirigeantes comprennent les cadres et les autres hauts et hautes responsables. Aux fins de la présente norme, l'organe directeur d'une organisation n'est pas inclus dans les termes « dirigeants et dirigeantes » ou « dirigeants et dirigeantes d'organisation ».

Soutien par les pairs : Selon un rapport préparé pour la Commission de la santé mentale du Canada, le soutien par les pairs se définit comme « tout soutien organisé fourni par et pour les personnes qui présentent des problèmes de santé mentale ou des maladies mentales. Les familles des personnes qui présentent des problèmes de santé mentale ou des maladies mentales peuvent également bénéficier du soutien par les pairs. » Les termes apparentés comprennent « auto-assistance », « aide mutuelle », « cocounselling » ou « soutien mutuel ».¹

Centré sur la personne : Fournir des soins qui répondent aux préférences, aux besoins et aux valeurs des personnes, dans le cadre de services de santé organisés en fonction des besoins des personnes.

Soins de santé de qualité : La qualité des soins est la mesure dans laquelle les services de santé destinés aux personnes et aux populations augmentent la probabilité d'obtenir les résultats souhaités en matière de santé et sont conformes aux connaissances professionnelles fondées sur des données probantes.¹

Pratique axée sur le rétablissement : L'objectif d'une pratique axée sur le rétablissement est d'aider le client ou la cliente à retrouver une vie enrichissante et satisfaisante. Cette pratique favorise l'espoir, la réalisation d'objectifs personnels, l'inclusion sociale et les relations de soutien. Une pratique axée sur le rétablissement ne consiste pas seulement à stabiliser et à soulager les symptômes, mais repose sur les valeurs et les principes de consultation de la personne et de la participation de celle-ci au processus. Ces pratiques répondent aux divers besoins des clients et clientes tout au long de leur vie. Une pratique axée sur le rétablissement nécessite un partenariat actif et dynamique entre le client ou la cliente et les personnes qui participent à ses soins. Parmi les possibilités de pratique axée sur le rétablissement figurent les services de counselling et la thérapie individuels, familiaux ou en groupe, les médicaments, la thérapie assistée, la désintoxication, les programmes structurés et les approches de réduction des méfaits.

Sécuritaire : Évite de nuire aux personnes auxquelles les soins sont destinés.⁸¹

Normalisation : Le CCN définit la normalisation comme l'élaboration et l'application des normes. La normalisation comprend :

- Le travail de comités qui développent des normes
- La publication de normes par les organismes d'élaboration de normes
- La reconnaissance de normes par des organismes nationaux de normalisation, tels que le CCN
- L'application des normes par les entreprises, les fournisseurs, ainsi que les clients et clientes
- La vérification de la conformité des produits ou des services aux normes applicables (évaluation de la conformité)
- L'accréditation des organismes qui fournissent des services d'évaluation de la conformité
- L'utilisation des normes et de l'évaluation de la conformité en tant que facteurs de politiques publiques et de commerce international

Normes : Une norme est un document qui présente des règles, des lignes directrices ou des caractéristiques établies pour des activités ou leurs résultats.⁶ Elles peuvent être volontaires ou obligatoires et sont distinctes des lois, des règlements et des codes, bien que les normes puissent être mentionnées dans ces instruments juridiques.⁶ Les normes de qualité élevée sont axées sur les personnes, fondées sur des données probantes, pertinentes et adaptées aux besoins actuels et futurs.⁷ Les normes permettent de répondre à la question suivante : « Quelle est la meilleure façon de s'y prendre? ». Leur adoption et leur utilisation témoignent de leur efficacité.

Approche fondée sur les forces : Les approches fondées sur les forces consistent à privilégier les forces ou les atouts dont dispose une personne, par opposition à ses lacunes. Les forces peuvent inclure ses forces personnelles et son autodétermination, ses réseaux sociaux et communautaires, ainsi que d'autres ressources et moyens qui favorisent la résilience et qui sont accessibles à la personne.

Mandataire : Une ou plusieurs personnes ayant l'autorité légale de prendre une décision relative aux soins pour les clients et clientes qui sont incapables de prendre cette décision pour eux-mêmes et elles-mêmes. Selon le territoire de compétence, la personne mandataire peut être désignée par d'autres termes, notamment « représentant(e) des soins de santé », « agent(e) », « délégué(e) », « tuteur(trice) personnel(le) », « comité de la personne », « décideur(euse) temporaire » ou « procureur(e) pour les soins personnels ».

Équipe : Personnes qui collaborent pour répondre aux objectifs, aux besoins et aux préférences du client ou de la cliente. L'équipe comprend le client ou la cliente et, en cas d'incapacité, son ou sa mandataire; la ou les personnes de soutien désignées qui ont obtenu le consentement; ainsi que les membres du personnel qui participent aux soins du client ou de la cliente. En fonction des soins fournis, l'équipe peut également comprendre des responsables de l'organisation, des bénévoles, des stagiaires, des prestataires de services externes, et des visiteurs et visiteuses.

Soins adaptés aux traumatismes : Une approche des soins qui consiste à reconnaître que chaque personne a subi un traumatisme psychologique ou émotionnel, dont les effets durables peuvent influencer sa santé physique et mentale, son comportement, sa collaboration avec les prestataires de services de santé, et sa participation aux soins de santé. Les soins adaptés aux traumatismes permettent aux personnes de se sentir en sécurité et à l'aise et évitent de leur causer de nouveaux traumatismes.⁸⁶

Personnel : Toute personne qui travaille au sein ou au nom d'une organisation dans une ou plusieurs équipes. Le personnel comprend les personnes salariées et rémunérées à l'heure, qui occupent des postes à durée déterminée ou contractuelle, ou des rôles cliniques et non cliniques; les spécialistes des soins de santé qui possèdent ou non un agrément; ainsi que tout le personnel de soutien qui participe à la prestation de services au sein de l'organisation.

BIBLIOGRAPHIE

1. Mental Health Commission of Canada. (2017). Children and youth. Children and Youth. <https://mentalhealthcommission.ca/what-we-do/children-and-youth/#:~:text=Mental%20illness%20affects%20some%201.2,about%20one%20in%20five%20Canadians>).
2. Canadian Centre on Substance Use and Addictions. (2023). *Canadian Substance Use Costs and Harms (2007 - 2020)*. Victoria, BC: Canadian Centre on Substance Use and Addiction.
3. Statistics Canada. (2021, October 4). Survey on COVID-19 and *Mental Health, February to May 2021*. The Daily. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/210927/dq210927a-eng.htm>
4. Statistics Canada. (2015, November 27). *Mental and substance use disorders in Canada*. Health at a glance. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-624-x/2013001/article/11855-eng.htm>
5. Standards Council of Canada. (2019, March 31). *What are standards?* Standards Council of Canada — Conseil canadien des normes. <https://www.scc.ca/en/standards/what-are-standards>
6. Health Standards Organization. (2023, November 8). *Why Standards Matter*. HSO Health Standards Organization. <https://healthstandards.org/standards/why-standards-matter>
7. Standards Council of Canada. (2016, May 26). *What is standardization?* Standards Council of Canada — Conseil canadien des normes. <https://www.scc.ca/en/help/faqs/what-standardization>
8. Association of Specialized and Professional Accreditors. (2023, February 23). *About Accreditation*. ASPA. <https://aspa-usa.org/about-accreditation/>
9. U.S. Department of Education. (2024, January 17). *Overview of Accreditation in the United States*. Accreditation in the United States. <https://www2.ed.gov/admins/finaid/accred/accreditation.html#Overview>
10. Shaw, C., Groene, O., & Berger, E. (2019). External institutional strategies: accreditation, certification, supervision. In *Improving Healthcare Quality in Europe: Characteristics, effectiveness, and implementation of different strategies*. essay, European Observatory on Health Systems and Policies. Retrieved 2024, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549273>
11. Fortes, M. T., de Mattos, R. A., & Baptista, T. W. (2011). Accreditation or accreditations? A comparative study about accreditation in France, United Kingdom, and Cataluña. *Revista Da Associação Médica Brasileira*, 57(2), 239-246. <https://doi.org/10.1590/s0104-42302011000200025>

12. Durand-Zaleski, I., Assistance Publique–Hôpitaux de Paris, & Université Paris-Est. (2020, June 5). *International Health Care System Profiles: France*. The Commonwealth Fund. <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/france>
13. International Society for Quality in Health Care External Evaluation Association. (2023, August 1). *ISQua EEA's primary programme is the International Accreditation Programme (IAP)*. ISQua External Evaluation Association. <https://ieea.ch/accreditation/accreditation-programmes.html>
14. Fortino, A., & Di Stanislao, F. (2014). Institutional accreditation of Health Services in Italy: the long road to quality. *Blood transfusion = Trasfusione del sangue*, 12 Suppl 3(Suppl 3), s551–s553. <https://doi.org/10.2450/2014.0014-14s>
15. Simon, J., & Ruiz, U. (1995). Accreditation trends in Spain. *The International Journal of Health Planning and Management*, 10(3), 193–200. <https://doi.org/10.1002/hpm.4740100305>
16. Community of Madrid. (2021, November 12). *Accreditation*. Comunidad de Madrid. <https://www.comunidad.madrid/en/servicios/consumo/acreditacion>
17. Bohigas, L. (1998). Accreditation across borders: The introduction of joint commission accreditation in Spain. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 24(5), 226–231. [https://doi.org/10.1016/s1070-3241\(16\)30376-5](https://doi.org/10.1016/s1070-3241(16)30376-5)
18. Tabrizi, J. S., & Gharibi, F. (2019). Primary healthcare accreditation standards: A systematic review. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 32(2), 310–320. <https://doi.org/10.1108/ijhcqa-02-2018-0052>
19. Saflu, N. M., & Fieldus, M. H. (2003). Accreditation: A “voluntary” regulatory requirement. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 18(3), 152–159. [https://doi.org/10.1016/s1089-9472\(03\)00087-x](https://doi.org/10.1016/s1089-9472(03)00087-x)
20. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (2021). *Fact Sheet: Accreditation of health service organisations*. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care.
21. New Zealand Ministry of Health. (2020). *Certification of Health Care Services*. Ministry of Health NZ. <https://www.health.govt.nz/our-work/regulation-health-and-disability-system/certification-health-care-services>
22. Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities. (2024, January 25). *Behavioral health. CARF International*. <https://carf.org/accreditation/programs/behavioral-health>
23. The Joint Commission. (2021). *Accreditation Options & Certifications for Behavioral Health Accreditation*. Behavioral Health Care and Human Services. <https://www.jointcommission.org/what-we-offer/accreditation/health-care-settings/behavioral-health-care/learn/accreditation-options-certifications>
24. Accreditation Commission for Health Care. (2020). *Partnership, Service, and Accreditation—Leveled Up*. Behavioral health accreditation. <https://www.achc.org/behavioral-health>
25. Phillips, M. (2018, January 23). *Behavioral health accreditation comparison: CARF, COA and TJC*. Dan Brown Consulting. <https://www.danbrownconsulting.com/2017/02/03/example-one-5-3>

26. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2020). National Mental Health Services Survey (N-MHSS): 2019, data on Mental Health Treatment Facilities. <https://www.samhsa.gov/data/report/national-mental-health-services-survey-n-mhss-2019-data-mental-health-treatment-facilities>
27. Saxena, S., Lora, A., van Ommeren, M., Barrett, T., Morris, J., & Saraceno, B. (2007). WHO's assessment instrument for Mental Health Systems: Collecting essential information for policy and Service Delivery. *Psychiatric Services*, *58*(6), 816–821. <https://doi.org/10.1176/ps.2007.58.6.816>
28. Parameswaran, S., Spaeth-Rublee, B., Huynh, P. T., & Alan Pincus, H. (2012). Comparison of National Mental Health Quality Assessment Programs across the Globe. *Psychiatric Services*, *63*(10), 982–988. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100382>
29. Government of Canada. (2020, February 17). *First Nations and Inuit Health Accreditation program*. Government of Canada; Indigenous Services Canada. <https://www.sac-isc.gc.ca/eng/1581974018702/1581974041680>
30. Canadian Accreditation Council. (2022, February 3). *Types of Accreditations*. <https://www.canadianaccreditation.ca/accreditation/types-of-accreditations>
31. Health Standards Organization. (2023, August 16). HSO 75000:2022 - *British Columbia Cultural Safety and Humility Standard*. HSO Health Standards Organization. <https://healthstandards.org/standard/cultural-safety-and-humility-standard>
32. Accreditation Canada. (2023). *Accreditation for Indigenous Health and Social Services*. <https://accreditation.ca/indigenous-health>
33. Canadian Centre for Accreditation. (2014). *Description of the Development of the CCA Indigenous Informed Approach Standards*. Canadian Centre for Accreditation.
34. McGorry, P. D., Mei, C., Chanen, A., Hodges, C., Alvarez-Jimenez, M., & Killackey, E. (2022). Designing and scaling up Integrated Youth Mental Health Care. *World Psychiatry*, *21*(1), 61-76. <https://doi.org/10.1002/wps.20938>
35. Friedmann, P. D., Alexander, J. A., & D'Aunno, T. A. (1999). Organizational correlates of access to primary care and mental health services in Drug Abuse Treatment Units. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *16*(1), 71-80. [https://doi.org/10.1016/s0740-5472\(98\)00018-x](https://doi.org/10.1016/s0740-5472(98)00018-x)
36. Druss, B. G., & Mauer, B. J. (2010). Health Care Reform and care at the Behavioral Health—Primary Care Interface. *Psychiatric Services*, *61*(11), 1087–1092. <https://doi.org/10.1176/ps.2010.61.11.1087>
37. Serrano, N., Cordes, C., Cubic, B., & Daub, S. (2017). The state and future of the Primary Care Behavioral Health Model of Service Delivery Workforce. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, *25*(2), 157-168. <https://doi.org/10.1007/s10880-017-9491-1>
38. Health Standards Organization. (2022, September 19). *Start where you are: Integrated People-Centred Health Systems (IPCHS) Standard*. HSO Health Standards Organization. <https://healthstandards.org/integratedcare/#:~:text=There%20are%20many%20definitions%20of,people%20can%20receive%20coordinated%20and>

39. Mental Health Commission of Canada, & Canadian Centre on Substance Use and Addiction. (2023). *Toward Substance Use Health and Mental Health Service Integration: Findings from a Scoping Review*. Mental Health Commission of Canada.
40. López Seguí, F., Pratdepàdua Bufill, C., Rius Soler, A., de San Pedro, M., López Truño, B., Aguiló Laine, A., Martínez Roldán, J., & García Cuyàs, F. (2018). Prescription and integration of accredited mobile apps in Catalan Health and Social Care: Protocol for the AppSalut Site Design. *JMIR Research Protocols*, 7(12). <https://doi.org/10.2196/11414>
41. O'Connor, S., Hanlon, P., O'Donnell, C. A., Garcia, S., Glanville, J., & Mair, F. S. (2016). Understanding factors affecting patient and public engagement and recruitment to Digital Health Interventions: A systematic review of qualitative studies. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12911-016-0359-3>
42. Diao, J. A., Venkatesh, K. P., Raza, M. M., & Kvedar, J. C. (2022). Multinational landscape of health app policy: toward regulatory consensus on digital health. *NPJ digital medicine*, 5(1), 61. <https://doi.org/10.1038/s41746-022-00604-x>
43. Batterham, P. J., Catear, A. L., O'Dea, B., Larsen, M. E., J Kavanagh, D., Titov, N., March, S., Hickie, I., Teesson, M., Dear, B. F., Reynolds, J., Lowinger, J., Thornton, L., & Gorman, P. (2019). Stakeholder perspectives on evidence for Digital Mental Health Interventions: Implications for Accreditation Systems. *DIGITAL HEALTH*, 5, 205520761987806. <https://doi.org/10.1177/2055207619878069>
44. Ontario Ministry of Health and Long-Term Care. (2011). *Early Psychosis Intervention Program Standards*. https://www.nasmhpd.org/sites/default/files/epi_program_standards.pdf
45. British Columbia Ministry of Health Services. (2010). *Standards and Guidelines for Early Psychosis Intervention (EPI) Programs*. https://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2010/BC_EPI_Standards_Guidelines.pdf
46. Government of Nova Scotia. (2003). *Standards for Mental Health Services in Nova Scotia*. https://novascotia.ca/dhw/publications/MHS_Standards.pdf
47. Government of Quebec. (2022). *Programmes Pour Premiers Episodes Psychotiques*. Government of Quebec.
48. Cheng, C., Dewa, C. S., & Goering, P. (2011). Matryoshka project: Lessons learned about early intervention in psychosis programme development. *Early Intervention in Psychiatry*, 5(1), 64-69. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2010.00255.x>
49. Ghose, T. (2008). Organizational- and individual-level correlates of posttreatment substance use: A multilevel analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34(2), 249-262. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2007.04.007>
50. Knudsen, H. K., Ducharme, L. J., & Roman, P. M. (2007). The adoption of medications in substance abuse treatment: Associations with organizational characteristics and Technology Clusters. *Drug and Alcohol Dependence*, 87(2-3), 164-174. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2006.08.013>

51. Rieckmann, T. R., Kovas, A. E., McFarland, B. H., & Abraham, A. J. (2011). A multi-level analysis of counselor attitudes toward the use of buprenorphine in substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment, 41*(4), 374–385. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2011.05.005>
52. Canadian Executive Council on Addictions, & Canadian Centre on Substance Use. (2015). *Accreditation for Residential Substance Abuse Treatment Centres: Getting Started*. e Canadian Centre on Substance Abuse.
53. Canadian Centre on Substance Use and Addiction. (2023). *Understanding the competencies*. <https://www.ccsa.ca/understanding-competencies#what-you-need-to-know>
54. Carrasco-Peralta, J. A., Herrera-Usagre, M., Reyes-Alcázar, V., & Torres-Olivera, A. (2019). Healthcare accreditation as Trigger of Organisational Change: The view of professionals. *Journal of Healthcare Quality Research, 34*(2), 59–65. <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2018.09.007>
55. Katoue, M. G., Somerville, S. G., Barake, R., & Scott, M. (2021). The perceptions of healthcare professionals about accreditation and its impact on quality of healthcare in Kuwait: A qualitative study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice, 27*(6), 1310–1320. <https://doi.org/10.1111/jep.13557>
56. Hinchcliff, R., Greenfield, D., Westbrook, J. I., Pawsey, M., Mumford, V., & Braithwaite, J. (2013). Stakeholder perspectives on implementing accreditation programs: A qualitative study of enabling factors. *BMC Health Services Research, 13*(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-437>
57. Boldy, D., & Grenade, L. (2002). The accreditation experience: views of residential aged care providers. *Geriatrics, 20*(1), 4–9.
58. Greenfield, David, Pawsey, M., Hinchcliff, R., Moldovan, M., & Braithwaite, J. (2012). The standard of healthcare accreditation standards: A review of empirical research underpinning their development and impact. *BMC Health Services Research, 12*(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-329>
59. Greenfield, David, Pawsey, M., Naylor, J., & Braithwaite, J. (2009). Are accreditation surveys reliable? *International Journal of Health Care Quality Assurance, 22*(2), 105-116. <https://doi.org/10.1108/09526860910944601>
60. Hussein, M., Pavlova, M., Ghalwash, M., & Groot, W. (2021). The impact of hospital accreditation on the quality of Healthcare: A systematic literature review. *BMC Health Services Research, 21*(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07097-6>
61. Araujo, C. A., Siqueira, M. M., & Malik, A. M. (2020). Hospital accreditation impact on Healthcare Quality Dimensions: A systematic review. *International Journal for Quality in Health Care, 32*(8), 531–544. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaa090>
62. Avia, I., & Hariyati, Rr. T. (2019). Impact of hospital accreditation on quality of care: A literature review. *Enfermería Clínica, 29*, 315–320. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.06.003>
63. Williams, S. C., Morton, D. J., Braun, B. I., Longo, B. A., & Baker, D. W. (2017). Comparing public quality ratings for accredited and nonaccredited nursing homes. *Journal of the American Medical Directors Association, 18*(1), 24–29. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.07.025>

64. Bommersbach, T., Borger, K., Steverman, S., Manderscheid, R. W., Sharfstein, J., & Everett, A. (2018). Behavioral Health, Local Health Department accreditation, and Public Health 3.0: Leveraging opportunities for collaboration. *American Journal of Public Health, 108*(10), 1334–1340. <https://doi.org/10.2105/ajph.2018.304533>
65. Public Health Accreditation Board. (2023). *The Value and Impact of Public Health Department Accreditation*.
66. Kronstadt, J., Meit, M., Siegfried, A., Nicolaus, T., Bender, K., & Corso, L. (2016). Evaluating the impact of National Public Health Department accreditation - United States, 2016. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report, 65*(31), 803–806. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6531a3>
67. Heffernan, M., Melnick, M., Siegfried, A. L., & Papanikolaou, M. (2022). Benefits and impacts of public health accreditation for small local health departments. *Journal of Public Health Management and Practice, 29*(3). <https://doi.org/10.1097/phh.0000000000001678>
68. Greenfield, D., & Braithwaite, J. (2008). Health Sector Accreditation Research: A systematic review. *International Journal for Quality in Health Care, 20*(3), 172–183. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzn005>
69. Bogh, S. B., Falstie-Jensen, A. M., Hollnagel, E., Holst, R., Braithwaite, J., Raben, D. C., & Johnsen, S. P. (2017). Predictors of the effectiveness of accreditation on Hospital Performance: A Nationwide stepped-wedge study. *International Journal for Quality in Health Care, 29*(4), 477–483. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx052>
70. Lam, M. B., Figueroa, J. F., Feyman, Y., Reimold, K. E., Orav, E. J., & Jha, A. K. (2018). Association between patient outcomes and accreditation in US hospitals: Observational study. *BMJ*. <https://doi.org/10.1136/bmj.k4011>
71. Devkaran, S., O'Farrell, P. N., Ellahham, S., & Arcangel, R. (2019). Impact of repeated hospital accreditation surveys on quality and reliability, an 8-year interrupted time series analysis. *BMJ Open, 9*(2). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024514>
72. Liu, S. S., Meyerson, B., King, J., Yih, Y., & Ostovari, M. (2017). Drivers and barriers for adopting accreditation at local health departments for their performance improvement effort. *Journal of Public Health Management and Practice, 23*(6). <https://doi.org/10.1097/phh.0000000000000567>
73. Thielen, L., Leff, M., Corso, L., Monteiro, E., Fisher, J. S., & Pearsol, J. (2014). A study of incentives to support and promote public health accreditation. *Journal of Public Health Management and Practice, 20*(1), 98-103. <https://doi.org/10.1097/phh.0b013e31829ed746>
74. Devers, K. J., Pham, H. H., & Liu, G. (2004). What is driving hospitals' patient-safety efforts? *Health Affairs, 23*(2), 103-115. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.23.2.103>
75. Liu, S. S., Meyerson, B., King, J., Yih, Y., & Ostovari, M. (2017). Drivers and barriers for adopting accreditation at local health departments for their performance improvement effort. *Journal of Public Health Management and Practice, 23*(6). <https://doi.org/10.1097/phh.0000000000000567>

76. Reisi, N., Raeissi, P., Sokhanvar, M., & Kakemam, E. (2018). The impact of accreditation on nurses' perceptions of quality of care in Iran and its barriers and facilitators. *The International Journal of Health Planning and Management*, 34(1). <https://doi.org/10.1002/hpm.2642>
77. Greenfield, David, Iqbal, U., O'connor, E., Conlan, N., & Wilson, H. (2021). An appraisal of healthcare accreditation agencies and programs: Similarities, differences, challenges, and opportunities. *International Journal for Quality in Health Care*, 33(4). <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzab150>
78. Elkins, G., Cook, T., Dove, J., Markova, D., Marcus, J. D., Meyer, T., Rajab, M. H., & Perfect, M. (2010). Perceived stress among nursing and administration staff related to accreditation. *Clinical Nursing Research*, 19(4), 376-386. <https://doi.org/10.1177/1054773810373078>
79. Alshamsi, A. I., Thomson, L., & Santos, A. (2020). What impact does accreditation have on workplaces? A qualitative study to explore the perceptions of healthcare professionals about the process of accreditation. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01614>
80. Desveaux, L., Mitchell, J. I., Shaw, J., & Ivers, N. M. (2017). Understanding the impact of accreditation on quality in Healthcare: A grounded theory approach. *International Journal for Quality in Health Care*, 29(7), 941-947. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx136>
81. World Health Organization. (2023). *Human Rights Fact Sheet*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
82. BC Centre for Disease Control. (2024). Culturally safe care. Culturally Safe Care. <http://www.bccdc.ca/health-professionals/clinical-resources/covid-19-care/education-and-training/culturally-safe-care#:~:text=What%20is%20culturally%20safe%20care,discrimination%2C%20where%20people%20feel%20safe.>
83. Canadian Institute for Health Information. (2024). What is an indicator? <https://www.cihi.ca/en/access-data-and-reports/health-system-performance-measurement/what-is-an-indicator>
84. Dickson, G., & Tholl, B. (2014). *Bringing leadership to life in health: Leads in a caring environment*. Springer London Ltd.
85. Mental Health Commission of Canada. (2021, October 28). Peer support. <https://mentalhealthcommission.ca/what-we-do/access/peer-support>
86. Trauma Informed Care Implementation Resource Centre. (2022, July 7). What is trauma-informed care? <https://www.traumainformedcare.chcs.org/what-is-trauma-informed-care>
87. World Health Organization. (2024). Quality of Care. https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1



healthstandards.org



scc.ca

Annexe H

Liste des acronymes et abréviations

ACRONYM/ ABRÉVIATIONS	DESCRIPTION
2ELGBTQI+	2E : Bi-spirituel; L: Lesbienne; G: Gai; B: Bisexuel; T: Transgenre, Q: Queer, I: Intersexuel, +: comprend les personnes qui indiquent leur appartenance à divers groupes sexuels et de genre et emploient d'autres terminologies.
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
AVQ	Activités de la vie quotidienne
BHA	Black Health Alliance (<i>Alliance pour la santé des Noirs</i>)
CAMH	Centre de toxicomanie et de santé mentale
ACEPA	Association communautaire d'entraide par les pairs contre les addictions (ACEPA)
CCDUS	Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS)
CCN	Conseil canadien des normes
CCNSA	Centre de collaboration nationale de la santé autochtone
CD	Comité directeur
CHEO	Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario
CSMC	Commission de la santé mentale du Canada
DSS	Déterminants sociaux de la santé
FNHA	First Nations Health Authority (<i>Autorité de santé des Premières Nations</i>)
FNIM	Premières Nations, les Inuit et les Métis
GE	Groupe d'études
GT	Groupe de travail
H&K	Hill & Knowlton
HSO	Organisation de normes en santé
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
IRSC	Instituts de recherche en santé du Canada
ITK	Inuit Tapiriit Kanatami
MNC	Ralliement national des Métis
NNC	Norme nationale du Canada
OEN	Organisme d'élaboration de normes
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PAEVP	Personnes ayant une expertise vécue ou présente
PANDC	Personnes autochtones, noires et de couleur
PDG	Président(e) directeur(trice) général(e)
SAP	Spécification accessible au public
SC	Santé Canada
SMSLCS	Santé mentale et santé liée à la consommation de substances
ST	Spécification technique
AA	Accord d'atelier
TCG	Table consultative gouvernementale

Annexe I

Aperçu des organismes d'élaboration de normes et autres entités dans la sphère de la santé mentale et de la santé liée à la consommation de substances

nom de l'OEN	Description
L'Association espagnole de normalisation et de certification (AENOR)	L'Association espagnole de normalisation (UNE) élabore des normes techniques et contribue à améliorer la qualité et la compétitivité des entreprises, de leurs produits et de leurs services. L'UNE est l'organisme légalement responsable de l'élaboration des normes en Espagne.
BLACK HEALTH ALLIANCE	La Black Health Alliance est un organisme de bienfaisance enregistré, dirigé par la communauté, qui s'efforce d'améliorer la santé et le bien-être des communautés noires au Canada. La Black Health Alliance offre une plateforme permettant aux Noirs de s'exprimer d'une seule voix sur les problèmes systémiques et de travailler à la co-conception et à la mobilisation des outils, des compétences, des partenariats et des investissements nécessaires pour mettre en œuvre des solutions qui améliorent les résultats en matière de santé dans l'ensemble du Canada.
British Standards Institution (BSI)	<p>BSI est l'organisme de normalisation national du Royaume-Uni. Cet organisme de distribution sans but lucratif offre des services partout dans le monde dans plusieurs domaines connexes : normalisation, évaluation des systèmes, certification de produits, formation et conseil.</p> <p>Il crée des normes techniques sur toute une gamme de produits et de services, et offre des services de certification et autres services normatifs aux entreprises.</p>
L'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale (ACMMSM)	<p>L'ACMMSM est le porte-parole national de la santé mentale au Canada.</p> <p>L'ACMMSM est une alliance dirigée par ses membres et composée de 16 organismes de santé mentale comprenant des fournisseurs de soins de santé et des organisations qui représentent les personnes atteintes de maladie mentale, leurs familles et le personnel soignant.</p>
Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS)	Le CCDUS est une organisation non gouvernementale chargée de fournir un leadership national en matière de progrès liés à l'usage de substances et de proposer des

	solutions pour aborder les méfaits de l'alcool et d'autres substances.
l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale (ICCSM)	L'ICCSM est un consortium de douze organisations nationales ayant un intérêt commun pour la santé mentale et le bien-être des Canadiens et des Canadiennes, qui travaillent ensemble pour améliorer les relations et la collaboration entre les fournisseurs de soins de santé, les usagers, les familles et les proches aidants, et pour améliorer l'accès des usagers aux services de prévention, de promotion de la santé, de traitement, d'intervention et de réadaptation dans les établissements de soins de santé primaires.
Office des normes générales du Canada (ONGC)	L'ONGC est une organisation gouvernementale fédérale axée sur les besoins du client, qui propose des services exhaustifs de normalisation et d'évaluation de la conformité pour servir les intérêts de ses partenaires dans les domaines de l'économie, de l'approvisionnement, de la santé, de la sécurité et de l'environnement. L'ONGC est accrédité par le CCN en tant qu'OEN, organisme de certification de produits et organisme de certification de systèmes de management.
Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)	L'ICIS fournit des données et des informations comparables et exploitables qui favorisent une amélioration rapide des soins de santé, de la performance des systèmes de santé et de la santé de la population dans tout le Canada.
Association canadienne pour la santé mentale (ACSM)	L'ACSM est un organisme de bienfaisance fédéré, soit un regroupement d'organisations liées à une marque et une mission. Ensemble, elles cernent les priorités canadiennes les plus urgentes en santé mentale afin d'y répondre. Elles plaident en faveur de changements systémiques et politiques à l'échelle nationale. À l'échelle communautaire, des millions de personnes comptent sur l'importante présence locale de l'ACSM au Canada

Initiative Canadienne de recherche en abus de substance (ICRAS)	<p>L'ICCSM est un consortium national de recherche axé sur les troubles de consommation de substances, qui comprend cinq grandes équipes régionales interdisciplinaires (carrefours) représentant la Colombie-Britannique, les provinces des Prairies et les Territoires, l'Ontario, le Québec et les provinces de l'Atlantique.</p> <p>La mission de l'ICCSM est de transposer les meilleures preuves scientifiques en pratiques cliniques et en changements de politiques.</p>
Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH)	<p>Plus grand hôpital d'enseignement en santé mentale au Canada, CAMH établit les normes en matière de soins, de recherche, d'enseignement et de changement social.</p>
Community Addictions Peer Support Association (CAPSA)	<p>CAPSA est une organisation nationale d'experts en la matière, de chercheurs et d'éducateurs qui se consacrent à changer les approches en matière de santé liée à l'utilisation de substances, par le biais de la formation, de l'éducation et de la consultation.</p>
Groupe CSA (CSA)	<p>Le CSA est un organisme d'élaboration de normes canadien accrédité par le CCN. C'est l'un des plus grands organismes d'élaboration de normes en Amérique du Nord; il compte aussi des bureaux en Europe et en Asie.</p> <p>Les activités de normalisation du CSA couvrent un éventail de domaines, dont la construction, l'énergie, la santé, les TIC et le transport. C'est le CSA qui a publié les versions canadiennes d'un grand nombre de normes ISO.</p>
Danish Standards Foundation (DANSK)	<p>DS est une organisation non gouvernementale privée et indépendante qui agit à titre d'organisation nationale de normalisation au Danemark. DS propose des services de normalisation dans divers domaines, de l'élaboration à la vente de normes et de publications associées. DS est membre de l'ISO, de l'IEC, du CEN, du CENELEC et de l'ETSI.</p>

Institut des normes de gouvernance numérique
[\(DGSJ\)](#)

(AUPARAVANT LE Conseil stratégique des DPI)

L'Institut des normes de gouvernance numérique est un organisme accrédité d'élaboration de normes accrédité par le CCN. L'Institut permet d'accroître la confiance dans les systèmes numériques du Canada en élaborant des normes de gouvernance technologique en collaboration avec un large éventail de parties prenantes.

En tant que discipline, la gouvernance numérique établit les processus, les politiques, les normes et la responsabilité nécessaires pour gérer l'utilisation efficace et efficiente des technologies au sein des organisations et de la société.

Families for Addiction Recovery ([FAR](#))

Families for Addiction Recovery est un organisme de bienfaisance national fondé par des parents d'enfants ayant lutté contre des dépendances dès l'adolescence. Son objectif est le rétablissement à long terme des personnes ayant des dépendances et de leurs familles.

Autorité sanitaire des Premières Nations ([ASPN](#))

L'Autorité sanitaire des Premières Nations (ASPN) est le partenaire santé et bien-être des citoyennes et citoyens et des collectivités de plus de 200 Premières Nations réparties d'un bout à l'autre de la Colombie-Britannique (C.-B.). L'ASPN œuvre à transformer et à réformer la façon dont les soins de santé sont prodigués aux Premières Nations de la C.-B., et à harmoniser la prestation de programmes et de services avec les philosophies, les perspectives et les manières d'être des Premières Nations.

First Peoples Wellness Circle
[\(FPWC\)](#)

Le FPWC est un organisme national sans but lucratif dirigé par des Autochtones qui se consacre à l'amélioration de la vie des membres des Premières Nations du Canada en s'attaquant aux obstacles à la guérison, au mieux-être et au mieux-être mental. L'objectif de l'organisme est d'accompagner et de soutenir les Premières Nations et les communautés afin de leur permettre de partager l'intelligence collective pour la guérison, l'établissement de la paix et la qualité de vie.

[Foundry](#)

Foundry est un réseau provincial de services intégrés de santé et de mieux-être pour les jeunes de 12 à 24 ans.

German Institute for Standardization ([DIN](#))

Le DIN est l'organisme national de normalisation qui représente l'Allemagne à l'ISO. Il élabore des normes sur la rationalisation, l'assurance qualité, la protection de l'environnement, la sécurité et la communication dans divers domaines : technologie, science, industrie, administration publique et secteur public.

[santé Canada](#)

Santé Canada a pour mandat d'aider les Canadiens à conserver et à améliorer leur santé. Il s'assure d'offrir des

	services de santé de grande qualité, et cherche à réduire les risques pour la santé.
L'Organisation de normes en santé (HSO)	HSO est un organisme enregistré sans but lucratif et un organisme d'élaboration de normes accrédité par le CCN. HSO se concentre sur l'élaboration de normes, de programmes d'évaluation et d'autres outils pour aider les fournisseurs de soins à faire ce qu'ils font le mieux : sauver et améliorer des vies.
Homewood Research Institute (HRI)	HRI est un organisme de bienfaisance national indépendant qui se consacre à la recherche visant à transformer le traitement de la santé mentale et de la consommation de substances au Canada et ailleurs.
Services aux Autochtones Canada (SAC)	Services aux Autochtones Canada (SAC) travaille en collaboration avec des partenaires en vue d'améliorer l'accès à des services de haute qualité pour les Premières Nations, les Inuit et les Métis. Sa vision est d'appuyer les Autochtones afin qu'ils puissent offrir de façon indépendante des services et aborder les différentes conditions socio-économiques au sein de leurs communautés.
Commission électrotechnique internationale (IEC)	La Commission électrotechnique internationale est une organisation internationale de normalisation qui prépare et publie des normes internationales sur toutes les technologies de l'électricité, de l'électronique et des domaines connexes. L'IEC compte de nombreux comités techniques conjoints avec l'ISO, notamment l'ISO/IEC JTC 1.
Organisation internationale de normalisation (ISO)	L'ISO est une organisation internationale indépendante et non gouvernementale. Elle réunit des experts du monde entier pour définir les meilleures pratiques à suivre. Grâce aux membres de l'ISO (organismes nationaux de normalisation de 170 pays), des expertes et experts des quatre coins du monde se concertent pour élaborer des normes internationales.
Union internationale des télécommunications – Secteur de la normalisation des télécommunications (UIT-T)	L'UIT-T est l'un des trois secteurs de l' Union internationale des télécommunications (UIT) , une institution spécialisée de l'Organisation des Nations Unies pour les technologies de l'information et des communications (TIC). Il coordonne les normes de télécommunications et de TIC et compte un certain nombre de commissions d'études et de groupes spécialisés.
INUIT TAPIIRIT KANATAMI	L'organisme sert de porte-parole national pour la protection et la promotion des droits et des intérêts des Inuits au Canada.

**COMMISSION DE LA SANTÉ
MENTALE DU CANADA
(CSMC)**

La CSMC est une société nationale sans but lucratif et un organisme de bienfaisance enregistré. Elle est soutenue par un financement de Santé Canada ainsi que des partenariats avec les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, des fondations, des entreprises privées et des dons du public.

**RALLIEMENT NATIONAL
DES MÉTIS**

Le Ralliement national des Métis s'efforce de soutenir et d'enrichir la vie des Métis sur l'ensemble du territoire.

Le Ralliement national des Métis s'engage à travailler avec ses membres dirigeants, les gouvernements fédéral et provinciaux et les ONG pour faire avancer les priorités de la Nation métisse et élaborer des solutions qui favorisent l'intégration du savoir des Métis à l'élaboration des programmes et des politiques. La Nation métisse et le Canada poursuivent la mise en œuvre de priorités communes et restent déterminés à reconnaître les droits, le respect, la coopération et le partenariat de nation à nation.

**la Société pour les troubles
de l'humeur du Canada
(STHC)**

La STHC a évolué pour devenir l'un des organismes non gouvernementaux (ONG) les mieux branchés en matière de santé mentale au Canada, avec une expérience considérable dans l'établissement et le maintien de partenariats significatifs et durables avec les secteurs public, privé et sans but lucratif partout au Canada.

La STHC a été officiellement lancée et incorporée en 2001 avec l'objectif général de fournir aux personnes souffrant de troubles de l'humeur une voix forte et cohésive à l'échelle nationale afin d'améliorer l'accès au traitement, d'alimenter la recherche et de définir le développement de programmes et les politiques gouvernementales pour améliorer la qualité de vie des personnes touchées par les troubles de l'humeur.

**CENTRE DE
COLLABORATION
NATIONALE DES
DÉTERMINANTS DE LA
SANTÉ**

Au Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS), nous fournissons au milieu de la santé publique du Canada les données et les ressources nécessaires pour agir sur les déterminants sociaux de la santé afin de combler le fossé entre les personnes les plus en santé et les moins en santé.

Nous collaborons avec le secteur de la santé publique à accélérer l'application des connaissances - dans les pratiques, les politiques et les processus décisionnels - afin de favoriser les améliorations sociales essentielles à la santé pour tous.

Nous sommes l'un des six centres de collaboration nationale financés par un programme de l'Agence de la santé publique du Canada.

<p>Centre de collaboration nationale de la santé autochtone <u>(CCNSA)</u></p>	<p>Le Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSI) est une organisation autochtone nationale établie en 2005 par le gouvernement du Canada et financée par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) dont la mission est de soutenir le renouvellement de la santé publique des Premières Nations, des Inuits et des Métis et d'assurer l'équité en matière de santé par l'application et l'échange des connaissances. Le CCNSI est hébergé par l'University of Northern BC (UNBC) à Prince George, en Colombie-Britannique.</p>
<p>Institut NATIONAL POUR L'Excellence DE LA SANTÉ ET DES SOINS (<u>NICE</u>)</p>	<p>Le NICE aide les praticiens et les commissaires à fournir rapidement les meilleurs soins aux patients, tout en veillant à ce que le contribuable britannique en ait pour son argent. Le NICE évalue les nouvelles technologies de la santé en tenant compte de l'efficacité clinique et du rapport qualité-prix. Le NICE produit également des directives utiles et utilisables qui aident les professionnels de la santé et des soins à prodiguer les meilleurs soins.</p>
<p><u>PAUKTUUTIT INUIT WOMEN OF CANADA</u></p>	<p>Pauktuutit est l'organisme national représentatif des femmes inuites au Canada. Il est dirigé par un conseil d'administration composé de 15 membres provenant de tout le Canada. L'organisme favorise une meilleure prise de conscience des besoins des femmes inuites, plaide en faveur de l'égalité et des améliorations sociales, et encourage la pleine participation des femmes inuites à la vie communautaire, régionale et nationale du Canada.</p>
<p>Agence de la santé publique du Canada <u>(ASPC)</u></p>	<p>L'Agence de la santé publique du Canada fait partie du portefeuille fédéral de la santé. Ses activités sont axées sur la prévention des maladies et des blessures, la réponse aux menaces pour la santé publique, la promotion d'une bonne santé physique et mentale, et la transmission de renseignements qui favorisent la prise de décisions éclairées.</p>
<p>Royal Netherlands Standardization Institute <u>(NEN)</u></p>	<p>Le Royal Netherlands Standardization Institute (NEN) est un organisme privé sans but lucratif. Le NEN participe à l'élaboration de normes internationales et européennes et, le cas échéant, de normes nationales. Il agit comme point central aux Pays-Bas en matière de renseignements sur les normes et leur élaboration.</p>
<p>Search Institute</p>	<p>Le Search Institute est un organisme sans but lucratif qui collabore avec des partenaires pour mener et appliquer des recherches qui favorisent le développement positif des jeunes et font progresser l'équité.</p>

Standards New Zealand (SNZ)	Organisme de normalisation national de la Nouvelle-Zélande, SNZ fait partie du ministère des Affaires, de l'Innovation et de l'Emploi. Il gère notamment l'élaboration des normes en plus de publier et de vendre des normes néo-zélandaises, des normes élaborées conjointement par l'Australie et la Nouvelle-Zélande, et des normes internationales.
Swiss Association for Standardization (SNV)	La Swiss Association for Standardization (SNV) est un organisme de droit privé sans but lucratif. La SNV est responsable de la coordination, de la publication, de la distribution, de l'inscription et de la vente des normes et des documents pertinents, ainsi que de la représentation des intérêts sectoriels et nationaux dans le domaine de la normalisation. La SNV est membre de l'ISO, l'Organisation internationale de normalisation, et du CEN, le Comité européen de normalisation.
<u>SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE</u>	La SCD est une association professionnelle bénévole qui représente les pédiatres, les pédiatres spécialistes, les résidents en pédiatrie et d'autres personnes qui travaillent et s'occupent d'enfants et d'adolescents. La SCD est dirigée par un conseil d'administration élu représentant toutes les provinces et tous les territoires.
<u>LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DE LA DOULEUR</u>	La Société canadienne de la douleur met en relation les professionnels de la santé, les scientifiques, les chercheurs, les décideurs politiques et les personnes ayant un savoir expérientiel passé au moyen d'une éducation fondée sur des données probantes. Son objectif est de stimuler l'innovation grâce à la promotion et à la défense des intérêts, et de révolutionner l'accès et les soins pour les personnes qui vivent avec la douleur.
L'Organisation pour l'examen des applications de soins et de santé (ORCHA)	Sa mission est de mettre en toute sécurité la puissance de la santé numérique entre les mains des toutes les personnes qui en ont besoin.
<u>THUNDERBIRD PARTNERSHIP FOUNDATION</u>	La Thunderbird Partnership Foundation est une organisation à but non lucratif qui s'engage à travailler avec les Premières Nations afin de renforcer la capacité des collectivités à faire face aux problèmes de consommation de drogues et de toxicomanie. Nous favorisons une approche holistique de guérison et de mieux-être qui valorise la culture, la communauté, le respect et la compassion. Notre priorité absolue est d'élaborer un continuum de soins auxquels tous les peuples autochtones du Canada peuvent avoir accès.

Nations Unies
[\(ONU\)](#)

L'Organisation des Nations Unies est une organisation internationale composée de 193 États membres. L'ONU est l'endroit où toutes les nations du monde peuvent se réunir, discuter de problèmes communs et trouver des solutions partagées qui profitent à l'ensemble de l'humanité.

[WELLESLEY INSTITUTE](#)

Le Wellesley Institute travaille dans le domaine de la recherche et de la politique afin d'améliorer la santé et l'équité en matière de santé dans la région du Grand Toronto en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Le Wellesley Institute est un organisme de bienfaisance enregistré sans but lucratif.

Organisation mondiale de la santé **[\(OMS\)](#)**

L'OMS est l'agence des Nations Unies qui relie les nations, les partenaires et les populations pour promouvoir la santé, assurer la sécurité dans le monde et servir les personnes vulnérables - afin que chacun, partout, puisse atteindre le niveau de santé le plus élevé.

Annexe J

Méthode d'établissement du paysage normatif en matière de SMSLCS

La feuille de route s'inspire des domaines prioritaires en phase sur les priorités partagées en santé, issu d'un consensus entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux en 2017. Les travaux d'élaboration de la feuille de route ont été classés selon quatre domaines généraux : 1) Fondements et intégration; 2) Intégration de services de soins primaires; 3) Enfants et jeunes; et 4) Personnes ayant des besoins complexes. Ces quatre domaines ont été divisés en divers sujets d'intérêt en lien avec les normes et les programmes de conformité sur la santé mentale et la santé liée à la consommation de substances (voir le diagramme 1 suivant).

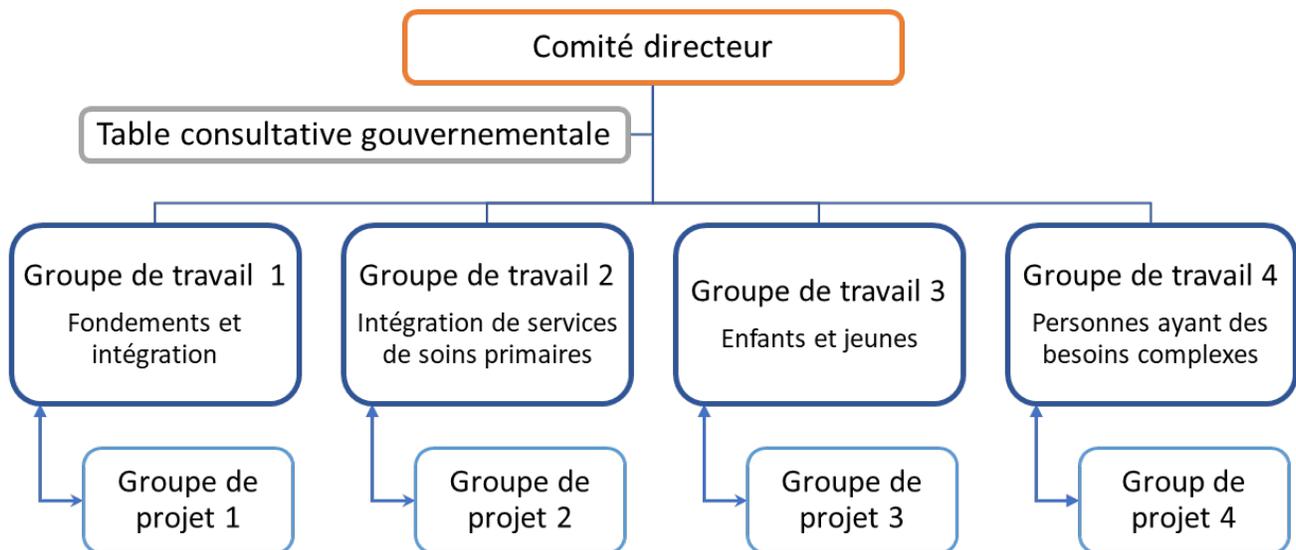


Diagramme 1 : Structure du Collectif en SMSLCS et de la feuille de route

De mai à novembre 2022, le Secrétariat du Collectif, le Comité directeur et les groupes de travail se sont concertés et ont confirmé les domaines prioritaires pour la version initiale de la feuille de route (voir le diagramme 2). Le Comité directeur, les groupes de travail et, éventuellement, les groupes de projet ont tenu des réunions virtuelles au cours de la dernière année pour décrire les principaux enjeux et en définir la portée, répertorier les normes existantes, analyser les lacunes et rédiger la feuille de route.

L'évaluation de la pertinence des normes pour le Collectif de normalisation en SMSLCS était une tâche colossale, étant donné l'ampleur du sujet et le large éventail de points de vue. Par conséquent, une méthode de recherche participative a été adoptée afin de permettre à l'ensemble des membres des groupes de travail d'apporter leur expertise et leur perspective au processus de production des connaissances, c'est-à-dire à l'élaboration de la feuille de route pour la normalisation¹.

¹ Bergold, J. et S. Thomas (2012). « Participatory research methods: A methodological approach in motion ». *Historical Social Research/Historische Sozialforschung*, vol. 37, n° 4, p. 191-222.

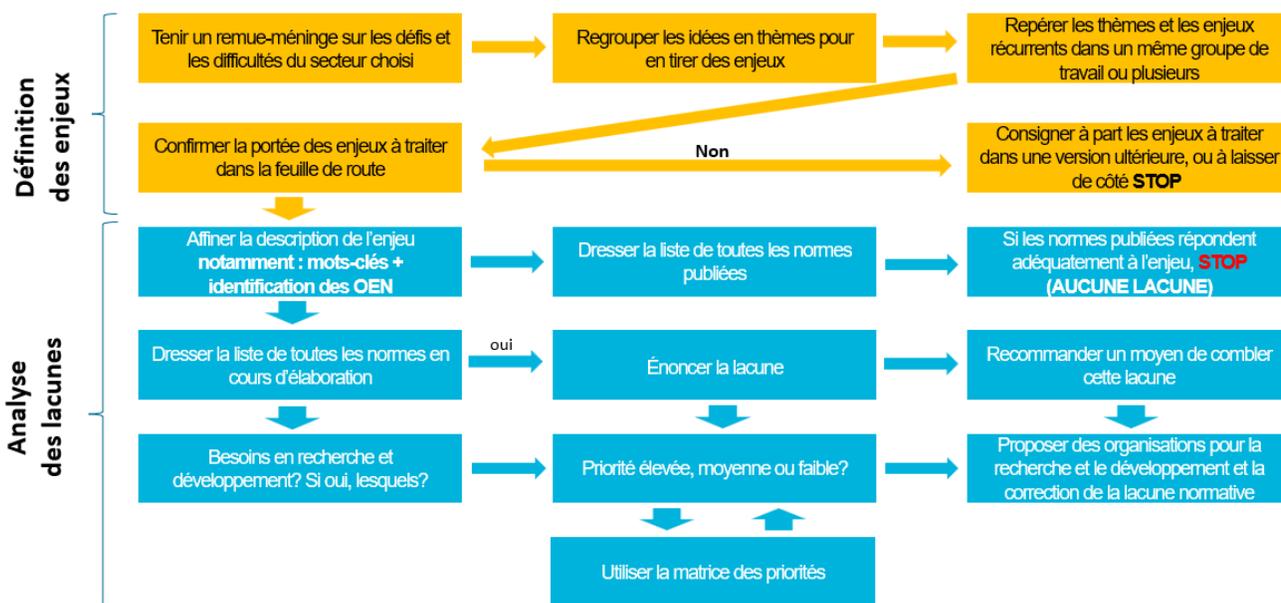
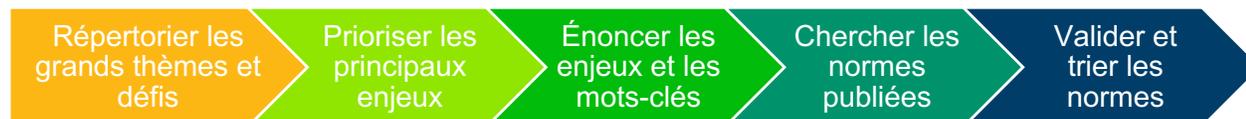


Diagramme 2 : Processus de délimitation et d'identification des lacunes.

Plus précisément, chaque groupe de travail et groupe de projet a suivi les étapes ci-dessous pour dessiner le paysage normatif actuel dans le domaine qui lui a été attribué.



Répertoire les grands thèmes et défis

Les membres de chaque groupe de travail et groupe de projet ont dressé ensemble une liste des principaux thèmes, défis, lacunes et possibilités relevant du domaine qui leur a été attribué. Pour ce faire, ils se sont posé les questions suivantes :

- Quels sont les besoins sociaux, technologiques, économiques, environnementaux, politiques ou relatifs aux valeurs dans le contexte de la santé mentale et de la santé liée à la consommation de substances?
- Quels grands changements survenus dans ces secteurs posent des difficultés particulières?
- Y a-t-il des occasions à saisir, mais qui nécessiteraient des solutions de normalisation?

Les groupes de travail ont analysé les résultats de chaque séance de remue-méninge pour les regrouper en thèmes et en tirer des enjeux globaux. Ils ont également défini des sous-sections pour chaque enjeu, et repéré les thèmes et enjeux récurrents dans les différents groupes de travail et groupes de projet. Ceux-ci ont ensuite été regroupés en 24 enjeux.

Énoncer les enjeux et les mots-clés

Chaque groupe de travail et groupe de projet a analysé les enjeux qui lui ont été confiés pour en définir la portée et en rédiger une description. Il s'agissait notamment de :

- décrire l'enjeu et son importance du point de vue de la santé mentale et de la santé liée à la consommation de substances;
- proposer une liste de mots-clés à utiliser pour repérer les normes associées à l'enjeu ou aux défis connexes;
- repérer les organismes d'élaboration de normes (OEN) pertinents en fonction de l'enjeu et de la portée de la feuille de route.

Le résultat : quelque 364 mots-clés pour les 24 enjeux.

Chercher les normes publiées

À partir de la liste des mots-clés, le Secrétariat du Collectif a mené des recherches pour trouver les normes pertinentes sur IHS, une base de données externe qui répertorie des codes et des normes de plus de 200 OEN du monde entier². Il s'est donné des critères afin de repérer les normes les plus intéressantes pour le Collectif de normalisation en SMSLCS, notamment :

- ne retenir que la dernière version (en vigueur) d'une norme;
- ne retenir que les normes rédigées en anglais et en français;
- éliminer les normes repérées en double avec des mots-clés différents pour le même enjeu, mais les conserver si elles concernent des enjeux différents (parce qu'elles répondent à des besoins différents);
- éliminer les multiples adoptions d'une même norme pour ne conserver que la norme internationale d'origine.

Au total, 1 116 normes ont été repérées pour les 24 enjeux, une fois les doublons éliminés, en plus de 262 documents de divers autres types, pour un total de 1 378 documents.

Parallèlement aux discussions menées lors des réunions et à la sélection des principaux enjeux, les membres des groupes de travail et des groupes de projet ont été appelés à partager les normes et les autres documents d'intérêt pour les principaux enjeux. Ces documents ont été ajoutés au paysage normatif.

Valider et trier les normes

L'étape suivante consistait à valider et trier les normes repérées dans la base de données IHS pour s'assurer de n'oublier aucune norme pertinente et d'éliminer les autres. Chaque document de la liste de normes a été examiné et évalué en fonction des critères suivants :

Niveau	Description
I	La norme, selon son titre et sa référence, correspond non seulement aux mots-clés, mais également à la description de l'enjeu; elle semble pouvoir répondre aux préoccupations exprimées.
II	La norme, selon son titre et sa référence, correspond partiellement soit aux mots-clés soit à la description de l'enjeu; elle pourrait répondre partiellement à la préoccupation exprimée ou constituer une référence utile pour la création d'une norme y répondant.
III	La norme, selon son titre et sa référence, n'aurait qu'une utilité très limitée, par exemple dans un secteur précis ou selon une approche nichée.
IV	La norme, selon son titre et sa référence, n'a pas de rapport avec l'enjeu ou les mots-clés.

² Accuris. *Engineering Workbench: Standards, Codes & Specs*. <https://ihsmarkit.com/products/standards-codes-specs.html>

On a ensuite demandé au Secrétariat du Collectif, en collaboration avec les groupes de travail et les groupes de projet, de procéder à une évaluation de l'analyse des lacunes des normes, spécifications et programmes de conformité existants pour chaque enjeu. Était considérée comme une « lacune » l'absence de norme ou de spécification publiée couvrant l'enjeu en question. Après avoir repéré et décrit une lacune, le Secrétariat du Collectif ainsi que les groupes de travail et les groupes de projet formulaient des recommandations sur la façon de combler la lacune et suggéraient un ou plusieurs organismes (ex. : OEN ou organisme de recherche) aptes à s'occuper des activités de recherche et développement ou de l'élaboration de normes compte tenu de son domaine d'activité (sans ordre particulier).

À la feuille de route s'ajoute le *Paysage de la santé mentale et de la santé liée à la consommation de substances*, un tableau des normes liées (directement ou indirectement) aux enjeux décrits dans la feuille de route. On le trouvera à l'annexe L.

Annex K

Le paysage normatif en matière de SMSLCS

Instructions pour se repérer dans le paysage normatif

[\(Téléchargez le fichier Excel ici\)](#)

L'index présente un résumé de tous les mots clés associés aux 24 problèmes clés. Cliquez sur un titre de problème clé pour voir tous les documents normatifs qui y sont associés.

Cliquez sur le lien du problème clé à gauche des mots clés pour voir les normes qui y sont associées

Working Group / Groupe de travail	Secteur d'intérêt (FR)	Issue Number / Numéro de problème	Titre du problème clé (FR)	Mots clés / sujets (FR)
WG1 / GT1	Fondation et Intégration	1	Terminologie et langage bas	Préjugé
WG1 / GT1	Fondation et Intégration	1	Terminologie et langage bas	Blâme
WG1 / GT1	Fondation et Intégration	1	Terminologie et langage bas	Colocation
WG1 / GT1	Fondation et Intégration	1	Terminologie et langage bas	Troubles complexes
WG1 / GT1	Fondation et Intégration	1	Terminologie et langage bas	Concomitant
WG1 / GT1	Fondation et Intégration	1	Terminologie et langage bas	Soins coordonnés
WG1 / GT1	Fondation et Intégration	1	Terminologie et langage bas	Langage de nature à exclure
WG1 / GT1	Fondation et Intégration	1	Terminologie et langage bas	Réduction des méfaits

La feuille de compendium rassemble la totalité des documents trouvés dans le cadre du paysage normatif. Les 24 feuilles suivantes présentent les normes et documents associées à un problème clé spécifique. La toute dernière feuille présente les documents associés au Collectif en général qui n'ont pas de lien particulier avec un problème clé identifié dans le Collectif.

Voici un petit survol de la structure des feuilles de problème clé.

# / N	Tier / Niveau	English Title	Titre français	ISEN	Keywords (EN)	Mots clés (FR)
11	I	CGSB CAN/CGSB-191.1-2013 - Research eth	CGSB CAN/CGSB-191.1-2013 - Surveillance	CGSB CAN/CGSB-191.1-2	Indigenous Research Knowled	Recherche et connaissances li
76	I	The British Columbia Cultural Safety and H	[Disponible uniquement en anglais]	HSO 75000:2022	N/A	N/A
77	I	BrainHealth Databank.	[Disponible uniquement en anglais]	N/A	N/A	N/A
78	I	Cultural competence and evidence-based f	[Disponible uniquement en anglais]	N/A	N/A	N/A
79	I	Decolonizing health care: Challenges of cu	[Disponible uniquement en anglais]	N/A	N/A	N/A

Identifiant unique associé au document

Nom de la norme en anglais et en français

Mots clés pour faciliter les recherches, en anglais et en français. Une même norme peut être associée à plusieurs mots clés.

Résultat du processus de triage

Numéro de la norme ou du document

L'organisme éditeur est souvent un organisme d'élaboration de normes (OEN). Ils peuvent aussi être des revues savantes, des sites internet ou des groupes d'acteurs concernés.

Régions mondiales où la norme est adoptée.

La note indique si le document a été suggéré par des membres du Collectif.

Mots clés (FR)	Publication Date / Date de publication	Publisher / Éditeur	Region of Origin / Région d'origine	Adopted in / Adopté en	Document Language / Langue du document	Document Type	Note
Recherche et connaissances liées	2013-05-01	CGSB	Canada	Canada	English/Français	Standard document	
N/A	2022	HSO	Canada	Canada	English	Standard document	Other guidance/docume
N/A	N/A	CAMH	Canada	N/A	English	Other	Other guidance/docume
N/A	2012	Social sci	International	N/A	English	Academic paper	Other guidance/docume
N/A	2021	Bioethics	International	N/A	English	Academic paper	Other guidance/docume

Région de publication du document original.

Les publications peuvent être des documents normatifs, des pages internet, des publications gouvernementales, etc.

Dans ces feuilles de problème clé, vous pouvez trier les normes par titre, par numéro, par organisme éditeur (p. ex. l'organisme d'élaboration de normes) ou par mot clé. Pour ce faire, veuillez utiliser un des filtres intégrés au fichier Excel.

Choisissez un filtre pour afficher les normes qui vous intéressent.

# / N°	Tier / Niveau	Titre français	ISEN	Mots clés (FR)	Publication Date / Date de publication	Publisher / Éditeur
1	I	CSA B701-17 - Organisations favorisant et	CSA B701-17	Stigmates		
2	I	CAN/HSO 22004:2023: Santé mentale et dé	CAN/HSO 22004	N/A		
3	I	CCSA-CAPSA: (2019): Se servir des mots pc	N/A	N/A		
4	I	[Disponible uniquement en anglais]	N/A	N/A		
5	I	[Disponible uniquement en anglais]	N/A	N/A		
6	I	[Disponible uniquement en anglais]	N/A	N/A		
7	I	[Disponible uniquement en anglais]	N/A	Décolonisation de		
8	I	MHCC:(2020): Le choix des mots est impor	N/A	N/A		
9	I	[Disponible uniquement en anglais]	N/A	N/A		
10	I	[Disponible uniquement en anglais]	N/A	N/A		
11	I	[Disponible uniquement en anglais]	N/A	Trouble de consor		
12	I	[Disponible uniquement en anglais]	N/A	N/A		
13	II	[Disponible uniquement en anglais]	BSI PAS 1616	Soins coordonnés		
14	II	CEN/TS 17500 - Qualité des soins et de l'ac	CEN/TS 17500	Blâme; Intégratio		
15	II	CSA Z1003.1-18 - Santé et sécurité psychol	CSA Z1003.1-18	Concomitant; Voc		
16	II	ISO 25552 - Vieillessement de la populatio	ISO 25552	Stigmates; Intégré		
17	II	[Disponible uniquement en anglais]	SNZ NZS 8134	Préjugé; Vocabula		
18	II	[Disponible uniquement en anglais]	CAN/HSO 5064	N/A		
19	II	[Disponible uniquement en anglais]	CAN/HSO 76000	N/A		
20	II	[Disponible uniquement en anglais]	N/A	N/A		
21	II	[Disponible uniquement en anglais]	N/A	N/A		
22	II	Cadre du continuum du mieux-être menta	N/A	N/A		
23	II	MHCC:2009 Vers le rétablissement et le bi	N/A	N/A		
24	II	[Disponible uniquement en anglais]	N/A	N/A		
25	III	[Disponible uniquement en anglais]	BSI BS 8505	Médecine avec s		

Sort A to Z
Sort Z to A
Sort by Color
Sheet View
Clear Filter From "Publisher / Éditeur"
Filter by Color
Text Filters

Search

- (Select All)
- AENORBSI
- AENORBSIDINSNV
- AENORBSINEN
- AENORCENDANSKINNENSNV
- AFN, NNAPF and Health Canada
- BSI
- Canadian Drug Policy Coalition

OK Cancel