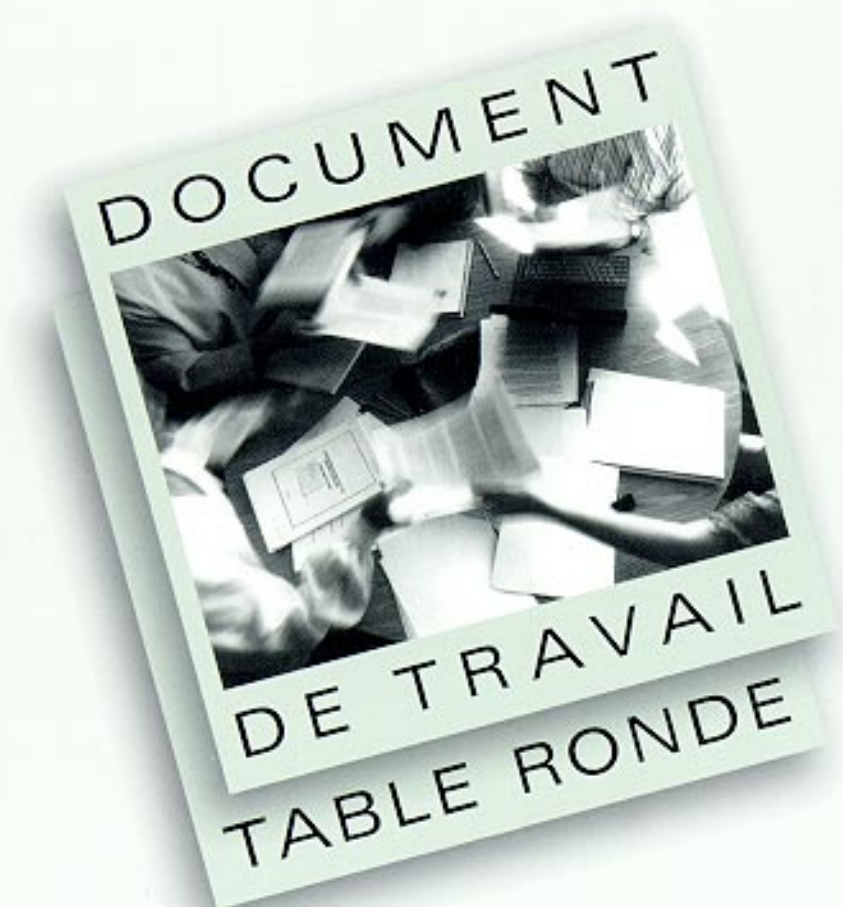


EXPLORER LES LIENS
ENTRE LA SANTÉ
MENTALE ET L'USAGE
DE SUBSTANCES





Santé
Canada

Health
Canada

Explorer les liens entre la santé mentale et l'usage de substances

SECTION I DOCUMENT DE TRAVAIL



SECTION II TABLE RONDE

Canada

**stratégie
canadienne
antidrogue**

Notre mission est d'aider les
Canadiens et les Canadiennes à
maintenir et à améliorer leur état de
santé.

Santé Canada

Copies additionnelles disponibles
auprès de :

Publications
Santé Canada
Ottawa, Ontario
K1A 0K9

Télec : (613) 952-7266

Les points de vue exprimés dans cette
publication sont ceux des auteurs, et
ne reflètent pas nécessairement l'avis
de Santé Canada.

Also available in English under the
title "Exploring the Links Between
Substance Use and Mental Health: A
Discussion Paper and A Round
Table"

Cat. No H39-360/1-1996F
ISBN 0-662-80989-0

EXPLORER LES LIENS
ENTRE LA SANTÉ MENTALE ET
L'USAGE DE SUBSTANCES

SECTION
I

Document de travail

Co-chercheurs et auteurs :

Colleen Hood, Colin Mangham and Don McGuire
Dalhousie University
Halifax (Nouvelle-Écosse)

Gillian Leigh
Cape Breton Regional Hospital
Sydney (Nouvelle-Écosse)

Préparé aux termes d'un contrat avec Santé Canada,
par l'entremise du
Atlantic Health Promotion Research Centre

REMERCIEMENTS

Les auteurs souhaitent reconnaître l'encouragement et l'assistance technique du personnel de Santé Canada. L'expertise de Lyn Taylor, de Natacha Joubert, d'Ivy Williams et de Virginia Carver du Bureau de l'alcool, des drogues et des questions de dépendance, a été particulièrement précieuse. Les commentaires et les suggestions des autres membres du personnel ont également beaucoup facilité la tâche.

Nous sommes reconnaissants à Margie Bush pour les nombreuses heures passées à saisir les textes, à interpréter et à uniformiser le travail de quatre auteurs aux styles d'écriture et aux modes de pensée différents.

Le Ministère aimerait exprimer sa reconnaissance aux traducteurs du Bureau de traduction de Montréal pour la traduction de ce document et des autres textes reliés. Il aimerait aussi remercier Pentafolio Inc. pour la révision des textes et la conception graphique du document.

Le financement provient du Bureau de l'alcool, des drogues et des questions de dépendance, des Programmes de réduction sur le tabagisme et de l'Unité de promotion de la santé mentale.

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|----|
| RÉSUMÉ | 7 |
| AVANT-PROPOS | 9 |
| INTRODUCTION | 11 |
| Évolution historique | 12 |
| Le XX ^e siècle | 13 |
| USAGE DE SUBSTANCES | 17 |
| SANTÉ MENTALE | 20 |
| LIENS ENTRE L'USAGE DE SUBSTANCES ET LA SANTÉ MENTALE | 22 |
| Facteurs de protection et de risque communs | 23 |
| Milieu socioculturel et collectivité | 24 |
| Famille et pairs | 26 |
| Facteurs intra-individuels | 28 |
| Facteurs propres à des populations | 31 |
| Jeu compulsif | 33 |
| PROGRAMMES DE PRÉVENTION ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ | 34 |
| ASPECTS THÉRAPEUTIQUES | 37 |
| Traitement de l'abus de substances | 37 |
| Traitement des troubles mentaux | 39 |
| Troubles mixtes | 40 |
| CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS | 42 |
| ANNEXE : DÉFINITIONS | 49 |
| BIBLIOGRAPHIE | 51 |

EXPLORER LES LIENS
ENTRE LA SANTÉ MENTALE ET
L'USAGE DE SUBSTANCES

RÉSUMÉ

L'histoire des liens entre la santé mentale et l'usage de substances ne date pas d'hier. L'influence de la consommation de substances sur l'esprit est bien documentée dans l'histoire religieuse et médicale. Que ce soit pour soulager la douleur, accroître le plaisir, réduire l'anxiété ou accomplir les rites d'un culte, les humains ont de tout temps cherché à modifier leur état de conscience en ayant recours à des drogues naturelles ou synthétiques. La forme, la fréquence, les circonstances et les résultats de l'usage de substances psychotropes ont toujours été influencés par l'état d'esprit individuel.

Le présent document de travail représente l'aboutissement d'un projet en trois volets entrepris par Santé Canada. Une bibliographie annotée des liens entre l'usage de substances et la santé mentale, suivie d'une analyse détaillée des ouvrages cités, ont été produites auparavant dans le cadre de ce projet. Ce troisième et dernier volet est un document de travail sur les thèmes que la recherche documentaire a permis de dégager. Différents aspects des liens entre l'usage de substances et la santé mentale sont examinés, et des recommandations sont faites pour améliorer la promotion de la santé et le traitement.

DIFFÉRENTS ASPECTS DES LIENS ENTRE LA CONSOMMATION D'ALCOOL ET DE DROGUE ET LA SANTÉ MENTALE SONT EXAMINÉS, ET DES RECOMMANDATIONS SONT FAITES POUR AMÉLIORER LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET LE TRAITEMENT.

Afin d'illustrer ces liens simplement, les auteurs se servent d'un modèle où la santé mentale et l'usage de substances sont placées sur des continuums qui incluent des facteurs de protection et de risque communs.

Des approches actuelles et des idées nouvelles en matière de promotion de la santé et de prévention sont examinées. Des aspects thérapeutiques comme les troubles mixtes et des différences philosophiques entre les domaines de la santé mentale et de la toxicomanie sont également abordés.

Le document présente et analyse six recommandations générales :

1. L'approche philosophique globale devrait être recentrée sur le renforcement des facteurs de protection chez l'individu et au sein des familles et des collectivités, plutôt que sur les problèmes et les facteurs de risque.

2. Les efforts de promotion de la santé et de prévention dans les deux domaines devraient être combinés et revitalisés.
3. Les praticiens et les décideurs dans les deux systèmes de soins devraient songer à unir leurs efforts afin d'éviter que les services ne fassent double emploi.
4. La politique sociale et la politique de la santé dans les deux domaines doivent tenir compte des effets négatifs du stress résultant du chômage, de la pauvreté et de l'insécurité.
5. Les priorités et l'approche de la recherche doivent être recentrées.
6. Dans les secteurs de coopération et de collaboration potentielles, il faudrait favoriser des mesures permettant de susciter le dialogue et l'échange d'information.

AVANT-PROPOS

Explorer les liens entre la santé mentale et l'usage de substances: document de travail représente l'aboutissement d'un projet en trois volets entrepris par Santé Canada. Une bibliographie annotée sur le sujet, suivie d'une analyse détaillée des ouvrages cités, ont été produites auparavant dans le cadre de ce projet¹. Le présent document traite des liens entre la santé mentale et l'usage de substances, et suggère des changements pour améliorer les programmes et les services de traitement et de promotion de la santé. Il y est rendu compte de la recherche et de l'analyse des auteurs, ainsi que des résultats d'une table ronde à laquelle des chercheurs et des praticiens canadiens ont participé à Ottawa en mars 1995².

La discussion porte sur les connaissances, les attitudes, les croyances et les actions actuelles des prestataires de services de santé, des usagers, des universitaires, des chercheurs et du public, telles qu'elles se dégagent de la littérature pertinente.

Les auteurs ont tenté de présenter les liens entre la santé mentale et l'usage de substances de telle manière à stimuler la discussion et à favoriser une meilleure compréhension de la question. Leur expérience collective englobe les aspects cliniques et éducationnels de l'usage de substances et de la santé mentale, et la recherche dans ces domaines. Quoique les thèmes soient présentés dans le document avec logique et objectivité, l'expérience et les valeurs du lecteur peuvent entraîner diverses interprétations.

Le vocabulaire que l'on rattache à l'usage de substances et à la santé mentale doit être défini clairement, car les termes ont généralement une acception large et prêtent à différentes interprétations. Dans le présent document, les termes pertinents sont donc définis pour que leur utilisation et leur sens soient clairs.

La durée du projet ne permettait pas un examen détaillé de chaque article cité. L'acceptation de l'intégrité éditoriale des livres, des périodiques et des rapports consultés a souvent servi de critère de sélection.

La littérature dans les deux domaines porte essentiellement sur des facteurs de risque qu'on cherche à isoler pour en déterminer l'influence sur la santé mentale ainsi que l'usage de substances. Les auteurs pensent

¹ *La Bibliographie annotée et l'Analyse détaillée* peuvent être obtenues de Santé Canada.

² Voir Section II.

que cette approche exagère l'importance des problèmes et des relations simples, et néglige les influences interactives multiples ainsi que la protection et la promotion de la santé.

Enfin, bien que les auteurs reconnaissent que les liens entre l'usage de substances et la santé mentale incluent des facteurs neurologiques et biologiques complexes qui influent sur la vulnérabilité ou la résistance individuelles aux problèmes, le présent document s'attache à d'autres facteurs.

INTRODUCTION

«Je suis convaincu que la meilleure façon pour les gens d'éviter ou de surmonter des habitudes destructrices est de recevoir l'information la plus honnête que nous puissions discerner, en tenant compte des diverses façons dont les individus et les groupes culturels préfèrent mener leur vie, en reconnaissant la capacité de choisir, de s'adapter et de s'épanouir des gens, et en créant une société qui offre à ceux qui sont enclins à des habitudes malsaines des solutions de rechange raisonnables pour se réaliser et avoir de l'estime de soi.»

Stanton Peele, *Diseasing of America*

L'histoire religieuse et médicale nous renseigne sur les liens anciens entre la santé mentale et l'usage de substances psychotropes. Que l'on ait eu recours à ces substances pour soulager la douleur, augmenter le plaisir, réduire l'anxiété ou communiquer avec les dieux, on a toujours su que l'état d'esprit individuel influençait la forme, la fréquence, les circonstances et le résultat de l'usage de drogues. Depuis la nuit des temps, les humains ont cherché à modifier leur état de conscience, et ils se sont rendu compte que des drogues naturelles ou synthétiques pouvaient les aider à y parvenir.

Pour éviter toute confusion et ne pas compliquer les choses, il importe de distinguer esprit et cerveau, et de voir comment chacun intervient dans la santé mentale. Dans le présent document, le terme esprit désigne un processus, et non un lieu. Les problèmes et les troubles mentaux peuvent avoir leur origine dans une tare génétique ou un dérèglement chimique dans le cerveau, mais les processus en cause ne sont pas compris à l'heure actuelle.

La consommation de substances psychotropes a normalement un effet direct sur une partie quelconque du cerveau. Une substance particulière peut avoir un effet immédiat sur la fonction cérébrale, ou des effets chroniques après un usage répété. Des interruptions dans le processus de traitement de l'information, de la perception, de l'équilibration ou d'autres fonctions cérébrales peuvent être temporaires ou durables.

La santé mentale, toutefois, n'est pas simplement l'absence de trouble cérébral. Il s'agit d'un état unique dans lequel interviennent des facteurs biologiques, psychologiques et socioculturels. La présente analyse de la

santé mentale et de l'usage de substances tient compte de l'esprit et du bien-être, ainsi que du fonctionnement du cerveau.³

Évolution historique

Des intoxicants ou analgésiques naturels sont utilisés par les populations partout dans le monde à des fins médicinales, sociales, récréatives ou spirituelles. Depuis des siècles, les populations autochtones du sud-ouest des États-Unis se servent au cours de leurs cérémonies religieuses de drogues comme la psilocybine trouvée dans les champignons ou la mescaline, dans le peyotl. L'usage médicinal et récréatif de l'opium et de ses dérivés date de plusieurs siècles en Extrême-Orient, comme celui de la coca en Amérique du Sud. Des spiritueux distillés ont toujours été utilisés à des fins médicinales, sociales et récréatives. Le tabac s'est répandu en Europe après que Colomb eut découvert que les Autochtones l'utilisaient lors de son premier voyage en Amérique. Des composés chimiques employés pour modifier les états psychiques sont présents dans l'histoire de toutes les civilisations.

L'histoire des maladies mentales et de leur traitement est aussi ancienne. Il y a trois mille ans, les prêtres d'Égypte traitaient la dépression suivant une démarche théologique plutôt que médicale, et signalaient des syndromes maintenant considérés comme schizophréniques. Au quatrième et au cinquième siècles avant Jésus-Christ, des médecins grecs utilisaient les termes *manie* et *mélancolie* pour distinguer les états correspondants de la démence (Restak, 1988; Rowe, 1989). Au Moyen Âge, on croyait que les personnes atteintes de dépression ou de manie étaient possédées par l'esprit du mal, et on les brûlait au poteau. On considérait alors les délivrer du mal. On a reconnu pendant la Renaissance que les troubles de l'humeur dépendaient de causes naturelles, mais ce n'est que beaucoup plus tard que l'on a commencé à traiter ces troubles et d'autres déséquilibres mentaux avec humanité (Restak, 1988).

IL Y A TROIS MILLE ANS, LES PRÊTRES D'ÉGYPTE TRAITAIENT LA DÉPRESSION SUIVANT UNE DÉMARCHE THÉOLOGIQUE PLUTÔT QUE MÉDICALE, ET SIGNALAIENT DES SYNDROMES MAINTENANT CONSIDÉRÉS COMME SCHIZOPHRÉNIQUES.

L'importance accordée aux liens entre l'usage de substances et les problèmes de santé mentale varie selon l'époque et la culture, et la question de savoir si ces problèmes appellent une punition ou un traitement demeure vague. Selon Blackwell (cité dans Riley, 1993), le traitement des toxicomanes dans des établissements et des asiles sous l'autorité de directeurs médicaux avant le XIX^e siècle donne à penser que les membres de la «profession médicale» formulaient déjà l'hypothèse du modèle morbide de l'alcoolisme. Néanmoins, le traitement reçu dans les

³ L'ouvrage de Richard Restak cité dans la bibliographie traite plus en détail de la distinction entre esprit et cerveau.

établissements différait peu de celui qui était administré dans les prisons, et les deux sembleraient cruels en regard des normes actuelles. Les asiles et les établissements ouverts au XIX^e siècle en Amérique du Nord pour assurer un traitement progressiste et humain étaient devenus au milieu des années 1950 des baraquements inhumains pour ceux chez qui le traitement avait échoué complètement ou presque.

Le XX^e siècle

L'incapacité de comprendre ou de traiter efficacement autant la consommation excessive de substances que les problèmes de santé mentale, au début du siècle, a probablement contribué à l'évolution différente du traitement dans les deux domaines. Jusqu'à tout récemment, les problèmes de santé mentale étaient définis par la psychiatrie et traités dans des hôpitaux ou d'autres établissements cliniques. Les problèmes de consommation, notamment d'alcool, étaient traités dans des établissements non psychiatriques spécialisés qui appliquaient une combinaison de modèles médicaux, comportementaux et psycho-sociaux. D'«extoxicomanes» assument souvent la responsabilité de nombreux aspects des programmes de traitement. Depuis le milieu des années 1930, les Alcooliques Anonymes sont devenus une forme de soutien efficace, basée sur l'entraide et le secours mutuel. D'autres programmes, pour le traitement du jeu compulsif entre autres, ont adopté et adapté ce modèle.

Tant la découverte de neuroleptiques efficaces au milieu des années 1950 que la désinstitutionnalisation amorcée au début des années 1960 ont réduit le nombre de jours d'hospitalisation pour des troubles mentaux, mais la désinstitutionnalisation ne s'est pas accompagnée de programmes de soins communautaires adéquats. Les réformes de la santé qui ont cours actuellement aideront peut-être à remédier à cette situation.

Le traitement moderne des principaux troubles de l'humeur fait normalement appel aux antidépresseurs et à la psychothérapie. Dans les cas graves, on peut avoir recours aux électrochocs. La schizophrénie peut aussi être traitée à l'aide de médicaments, en particulier pour soulager les symptômes, mais cette maladie est encore très mal connue. D'autres troubles comme l'anxiété ou la peur panique sont aujourd'hui traités avec plus de succès grâce à une médication et à des méthodes psychothérapeutiques plus avancées. Les troubles de personnalité restent ceux qui répondent le plus mal aux interventions thérapeutiques existantes. Or, nombreux sont ceux qui croient que les problèmes d'abus de substances se classent dans cette catégorie.

LES TROUBLES DE PERSONNALITÉ RESTENT CEUX QUI RÉPONDENT LE PLUS MAL AUX
INTERVENTIONS THÉRAPEUTIQUES EXISTANTES.

De nouvelles interventions pratiquées par des psychiatres, des psychologues, des travailleurs sociaux psychiatriques et d'autres psychothérapeutes jouent un rôle tout aussi important dans le traitement des troubles mentaux et des problèmes connexes moins graves. Ces interventions relèvent entre autres du domaine de la thérapie de comportement, de la thérapie cognitive, de l'intervention en situation de crise, de la thérapie conjugale ou familiale, et de la thérapie de groupe ou interpersonnelle. Toutes jouent un rôle utile dans le traitement efficace des troubles psychiatriques et psychologiques, ou des problèmes d'abus de substances.

La consommation d'alcool, et sa relation avec la dépression, représente une importante préoccupation pour les professionnels de la santé. Les liens entre le suicide, la dépression, l'alcool et les autres substances sont aussi généralement reconnus. Les troubles mentaux comme la schizophrénie, l'anxiété et les troubles de personnalité ont également été mis en corrélation avec la consommation de substances, laquelle serait alors un facteur prédisposant ou précipitant (Rowe, 1989). La mesure dans laquelle l'usage de substances intervient dans le déséquilibre mental continue d'être débattue. Cependant, quiconque travaille ou vit avec des alcooliques ou toxicomanes sait que l'anxiété, la dépression, les troubles de contrôle des impulsions, et les comportements paranoïaques et antisociaux sont associés à l'usage de substances.

Certains programmes de traitement d'abus de substances ont toujours été offerts à l'intérieur d'établissements psychiatriques. C'est parce que selon le système de diagnostic psychiatrique, de nombreuses formes d'usage de substances constituent un problème en soi, ou font partie du tableau clinique d'autres troubles. Si un diagnostic multiple est posé, certaines personnes qui font une consommation excessive d'alcool et de drogue peuvent être classées comme des patients psychiatriques. Des professionnels de la santé dans des établissements psychiatriques s'intéressent à la toxicomanie et possèdent une formation pertinente, et dans certaines régions les services de traitement sont combinés afin de permettre des économies au chapitre des ressources budgétaires et autres.

Certaines personnes qui font un usage excessif d'alcool ou de drogue sont traitées dans des hôpitaux généraux, souvent sous le couvert d'obscurs diagnostics, pour leur éviter l'étiquette honteuse d'*alcooliques* ou de *toxicomanes*, ou le centre de désintoxication. C'est là un exemple de nos attitudes contradictoires à propos de la légitimité des services de traitement extra-hospitaliers, et de l'usage de substances psychotropes comme problème de santé.

Le problème de la honte a subsisté durant toute l'évolution des deux domaines. Les attitudes punitives ont eu pour conséquence que moins de ressources de qualité ont été affectées aux programmes et aux établissements de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie qu'au traitement des maladies qui suscitent plus de sympathie, comme le cancer et les maladies cardiaques.

La santé mentale dans le sens de *bien-être* plutôt que d'absence de maladie mentale est un concept relativement nouveau. Dans les annales médicales, on s'est généralement borné à identifier les individus aux prises avec différents troubles affectifs et mentaux. Le domaine médical a fréquemment eu recours à la méthode quantitative des statistiques de morbidité et de mortalité pour fixer les priorités des programmes de traitement et de prévention axés sur la recherche. La recherche sur les déterminants de la santé plutôt que sur la «maladie» était considérée comme étant trop subjective et qualitative. Parce que l'intérêt pour la prévention a augmenté au cours des 25 dernières années et que les coûts des soins médicaux traditionnels deviennent insoutenables, des solutions de rechange sont désormais sérieusement envisagées. Nous en savons plus sur les *problèmes d'usage de substances* et les *problèmes de santé mentale* que sur la promotion de la santé ou la manière dont les gens réussissent à être et à rester en santé. Nous savons peu de choses de la consommation responsable de substances, et de la façon dont elle peut être enseignée. L'emploi même de l'expression «consommation responsable de substances» est jusqu'à un certain point controversé.

L'USAGE MÊME DE L'EXPRESSION «CONSOMMATION RESPONSABLE DE SUBSTANCES» EST JUSQU'À UN CERTAIN POINT CONTROVERSÉ.

Les lois et les coutumes doivent être prises en compte dans la relation entre l'usage de substances et la santé mentale. Qu'on songe à quel point le comportement violent d'une personne peut être excusé lorsque cette personne est en état d'ébriété. Cette question continue d'être débattue devant les tribunaux canadiens. L'âge requis pour acheter du tabac et de l'alcool au Canada a été maintes fois modifié au cours des 25 dernières années pour tenir compte des attitudes changeantes au sujet de ces substances et de leur usage par les jeunes. Des religions interdisent l'usage de drogues particulières et ont influencé les attitudes culturelles et les lois régissant les substances en question dans certains pays.

Les coutumes et les lois sont rarement cohérentes ou logiques en matière de drogues et de santé mentale. La science et l'opinion publique se heurtent souvent, et on ne s'entend pas toujours entre les domaines de l'usage de substances et de la santé mentale. Les scientifiques de la santé et les groupes communautaires diffèrent d'opinion sur la nature ou le degré de consommation qui peut être bénéfique ou nocif pour la

santé mentale. Ces questions sont complexes et suscitent toutes sortes d'émotions. La liberté de choix des individus, les normes sociales de comportement, les théories scientifiques versus les faits scientifiques, et la diversité religieuse et culturelle conduisent toutes à des attitudes et à des pratiques incohérentes et déroutantes.

Notre compréhension de la santé mentale et de l'usage de substances a considérablement changé au cours du XX^e siècle. Le rôle de la génétique et des influences biochimiques dans les deux domaines est mieux compris aujourd'hui. Le traitement des troubles dans l'un et l'autre de ces domaines a été humanisé. Les lois contre la conduite avec facultés affaiblies et la certification psychiatrique des personnes considérées comme dangereuses pour elles-mêmes ou autrui sont des exemples de mesures législatives adoptées pour protéger les citoyens. Les personnes aux prises avec des troubles mentaux ou des problèmes de consommation ont accès à des centres de traitement sûrs où des professionnels compétents ont recours à des méthodes thérapeutiques efficaces qui favorisent des résultats positifs. Mais le plus important, c'est que les services thérapeutiques misent aujourd'hui sur la prévention au lieu de se concentrer uniquement sur la maladie, et s'efforcent de favoriser une consommation responsable et une santé mentale positive. Néanmoins, il reste encore beaucoup à apprendre.

LE TRAITEMENT DES TROUBLES DANS L'UN ET L'AUTRE DE CES DOMAINES A ÉTÉ
HUMANISÉ.

L'usage de substances et la santé mentale sont interdépendantes. De plus, leur imbrication dans l'opinion publique, l'action gouvernementale, la promotion de la santé ainsi que la prévention et le traitement de la maladie, fait en sorte qu'elles doivent être considérées conjointement. Toutefois, avant d'examiner les liens entre l'usage de substances et la santé mentale, des aspects uniques à chacun de ces domaines doivent être compris.

USAGE DE SUBSTANCES

Usage de substances (voir annexe I, Définitions) est une expression générale qui s'utilise en relation avec toute une gamme d'aspects de la promotion de la santé ainsi que de la prévention et du traitement de la maladie. Les intéressés ont de la difficulté à s'entendre sur la place particulière de certaines catégories de drogues et d usagers dans ce tableau global. Faudrait-il porter des accusations criminelles contre quelqu'un qui conduit sous l'influence d'un médicament de prescription? Le système de santé a-t-il à payer pour que quelqu'un cesse de fumer? Un verre à l'occasion pour combattre le stress est-il mauvais en soi? Peu de praticiens dans le domaine de la santé s'entendent sur les réponses à ces questions, et le grand public en débattrait tout autant.

En plus des philosophies et des valeurs qui varient, se pose le problème de la terminologie. Les chercheurs, les spécialistes du traitement et de la prévention, et le grand public emploient, définissent et comprennent **différemment** des termes tels que: *abstinence, abus, toxicomanie, alcoolisme, dépendance, trouble mixte, incapacité, alcoolisme social, consommation excessive d'alcool, tolérance, consommateur léger, consommateur moyen, grand consommateur ou sevrage.*

Les constantes ci-après se dégagent de l'examen de la littérature, de l'analyse de l'expérience clinique et universitaire des auteurs ainsi que de l'étude des lignes de conduite et des pratiques relevées par les travailleurs sur le terrain:

- **Les substances tendent à être regroupées** sous l'appellation générale d'«alcool et drogue» lorsque leur consommation est considérée comme excessive. Cette expression est jusqu'à un certain point impropre, car si l'alcool, le tabac et tant les médicaments de prescription que les médicaments grand public sont des drogues, ils sont considérés et traités différemment des drogues illicites ou «dures».
- **L'expression usage de drogue a généralement une connotation négative.** Lorsqu'il est question d'usage de drogue, l'impression générale est que l'on parle d'utilisation de drogues illicites ou de consommation excessive d'alcool. Le tabac, les médicaments de prescription ou les médicaments grand public sont considérés comme des drogues que dans des circonstances particulières. Cette impression est répandue au Canada et est très difficile à changer.

| |
|--|
| LORSQU'IL EST QUESTION D'USAGE DE DROGUE, L'IMPRESSION GÉNÉRALE EST QUE L'ON PARLE D'UTILISATION DE DROGUES ILLICITES OU DE CONSOMMATION EXCESSIVE D'ALCOOL. |
|--|

- **L'abus de substances, c'est plus qu'une question de quantité et de fréquence.** Usage et abus sont souvent considérés comme synonymes, notamment lorsque des adolescents sont en cause. Néanmoins, certains chercheurs ont trouvé des différences significatives entre abstinents, consommateurs expérimentateurs, consommateurs occasionnels, consommateurs habituels, consommateurs excessifs et toxicomanes.
- Les facteurs qui font qu'on **commence**, qu'on **continue** ou qu'on **augmente l'usage de substances**, peuvent être très différents. Les pairs peuvent jouer un rôle prépondérant au départ, mais leur influence diminue par la suite.
- **Les facteurs de risque varient d'une substance à l'autre.** Le statut socio-économique est en étroite corrélation avec le tabagisme, mais moins avec la consommation d'autres drogues. Le comportement déviant est davantage en corrélation avec les drogues illicites qu'avec l'alcool.
- **Le terme «toxicomanie» est souvent utilisé comme générique pour désigner tout comportement en apparence excessif.** On dit souvent que les besoins biologiques impérieux de substances telles que l'alcool ou la cocaïne et les comportements compulsifs comme le jeu sont des «toxicomanies», ce qui a pour effet de faire perdre tout son sens à ce terme.
- En général, **le domaine de l'usage de substances s'intéresse à la partie problématique d'un continuum de consommation de drogues.** Autrement dit, il se préoccupe de la minorité de gens qui éprouvent de graves problèmes de santé et de comportement à cause de la consommation de substances. Les chercheurs ou les éducateurs en matière de toxicomanie portent peu attention aux consommateurs plus modérés, aux consommateurs responsables ou même aux abstinents.
- La vaste majorité des Canadiens et des Canadiennes **consomme des substances licites sans éprouver de problèmes réels.** Le domaine de l'usage de substances doit mieux comprendre pourquoi les gens qui consomment des drogues de manière responsable n'éprouvent pas de véritables problèmes.

LA VASTE MAJORITÉ DES CANADIENS ET DES CANADIENNES CONSOMME DES SUBSTANCES LICITES SANS ÉPROUVER DE PROBLÈMES RÉELS.

- Il existe **des attitudes contradictoires** à l'égard des personnes aux prises avec des problèmes de consommation, comme les alcooliques. Certains les perçoivent comme victimes d'une maladie, alors que d'autres estiment au contraire qu'elles sont les auteurs de leur propre malheur.

- **Le tabac peut être une drogue *tremplin*.** La consommation d'alcool et de substances illicites est beaucoup plus répandue chez les fumeurs que chez les non-fumeurs.
- Le grand public ne considère pas le **tabagisme comme une maladie**. Il s'agit selon lui d'une mauvaise habitude dont on peut se débarrasser pour peu que l'on ait assez de volonté.

LE GRAND PUBLIC NE CONSIDÈRE PAS LE TABAGISME COMME UNE MALADIE.

- On a de la difficulté à s'entendre sur la notion de consommation responsable de substances, ou à en parler, notamment chez les jeunes. Les auteurs croient que les **effets positifs ou bénéfiques de la consommation responsable d'alcool ou de drogue devraient être reconnus et enseignés.**
- En dépit des campagnes d'éducation sanitaire et des publications dans le domaine, **le grand public n'est pas suffisamment renseigné sur la consommation de substances.**
- **Les programmes de prévention sont souvent sans fondement théorique et sont mal appliqués dans l'ensemble**, ce qui fait croire à certains décideurs que l'éducation antidrogue dans les écoles publiques est inefficace. Des résultats sont attendus en deça de quelques mois ou de quelques années, alors qu'il serait plus réaliste de parler de générations.
- **La sensibilisation du public aux drogues porte presque exclusivement sur les drogues illicites**, et donc sur les aspects négatifs de la consommation de drogue. Parce que la plupart des Canadiens et des Canadiennes font un usage responsable des drogues, la sensibilisation aux drogues doit être réaliste et équilibrée afin d'être crédible.
- Le domaine de l'usage de substances **a pris sous sa responsabilité la sensibilisation au jeu compulsif et son traitement**, mais ne s'est pas intéressé à d'autres dépendances comportementales comme les troubles alimentaires.

SANTÉ MENTALE

Santé mentale est une expression générale encore plus ambiguë que usage de substances, et on s'entend peu sur sa définition et son utilisation. Est-ce l'individu ou la société qui définit la santé mentale? Être en bonne santé mentale, est-ce être *normal*, *bien adapté* ou *satisfait de son sort*? La santé mentale est-elle le contraire de la maladie mentale.

Des termes tels que *dépression*, *manie*, *psychothérapie*, *psychologie* et *schizophrénie* ont un sens à la fois clinique et général. *Bien-être*, *estime de soi*, *gestion du stress* et *adaptation* sont des notions non moins embrouillées.

Les aspects suivants de la santé ou de la maladie mentale ont été dégagés de la littérature, de l'analyse de l'expérience clinique et universitaire des auteurs, et de l'étude des lignes de conduite et des pratiques observées par les travailleurs sur le terrain.

- L'expression *milieu de la santé mentale* sert le plus souvent à désigner les **services de psychologie et de psychiatrie axés sur les problèmes affectifs et les troubles mentaux**. La promotion de la santé mentale ou les éléments du bien-être psychologique sont des questions plus théoriques que les questions de santé publique.
- Par santé mentale, on entend habituellement le **contraire de maladie mentale ou, par euphémisme, la maladie mentale elle-même**. À défaut de bien comprendre ce qu'est la santé mentale, on se concentre sur ce qu'on connaît de la maladie mentale.

À DÉFAUT DE BIEN COMPRENDRE CE QU'EST LA SANTÉ MENTALE, ON SE CONCENTRE SUR CE QU'ON CONNAÎT DE LA MALADIE MENTALE.

- **Les caractéristiques qui définissent la santé mentale optimale ne sont pas bien comprises ou étudiées.** Les organismes de financement s'intéressent d'abord aux personnes qui éprouvent des problèmes et aux déterminants de ces problèmes. Des aspects comme le bonheur, la satisfaction ou la compassion comme états humains positifs sont rarement des thèmes de recherche.
- **Les facteurs de risque dominant la littérature dans le domaine de la santé mentale.** Les thèmes les plus courants sont la violence (en particulier la violence familiale), la dépression, le stress et le chômage.
- **Les facteurs de protection ne sont pas souvent abordés dans la littérature en matière de santé mentale,** bien que des études aient porté sur le bien-être, la capacité d'adaptation, la force de caractère, la résistance, et les systèmes ou réseaux de soutien.

- **Les services font gravement défaut pour les personnes qui souffrent de détresse psychologique**, mais chez qui aucun trouble mental n'a été diagnostiqué. Les victimes d'injustice sociale, de racisme et de discrimination sont de bons exemples.
- **Il existe très peu de programmes de prévention pour les troubles mentaux et la détresse psychologique.**
- **Toute personne chez qui un trouble mental est diagnostiqué en porte des stigmates.** Le trouble mental est considéré comme une faiblesse de caractère honteuse.
- **Les médias populaires présentent souvent une image dangereuse des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale.** Le portrait déformé de «tueur psychotiques qui est fait de ces personnes contribue à la crainte du public.
- **La promotion de la santé mentale ou la prévention des troubles mentaux sont les aspects les moins bien compris et les moins avancés dans le domaine de la santé mentale.** Ce qui contribue à la santé mentale chez les enfants, les adolescents, les adultes, les immigrants de pays en voie de développement, les chômeurs, les agriculteurs, les réfugiés, les Autochtones, les jeunes de la rue ou les étudiants universitaires est souvent compris comme une variable unique, considérée comme importante dans un travail de recherche isolé.

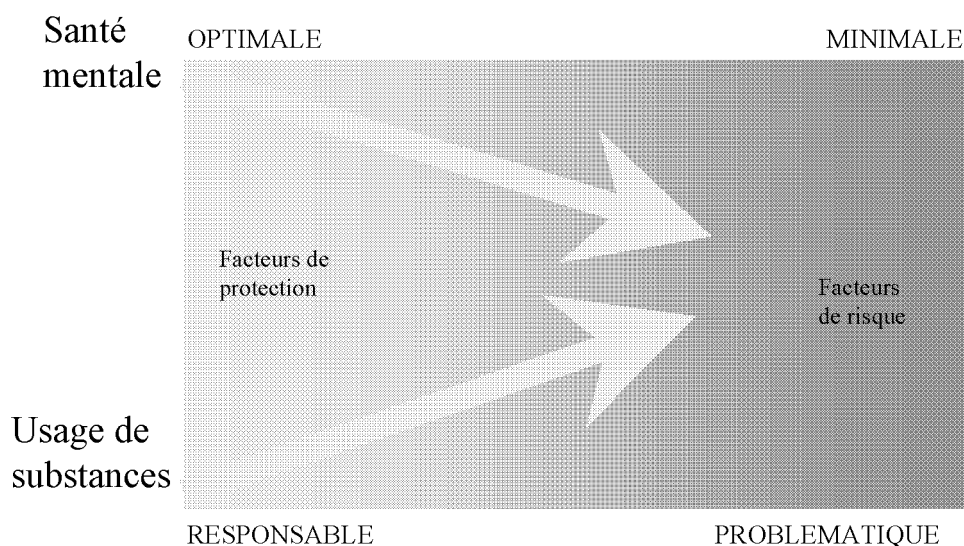
LIENS ENTRE

L'USAGE DE SUBSTANCES ET LA SANTÉ MENTALE

Lorsqu'on examine la littérature sur la santé mentale et l'usage de substances, on se rend vite compte qu'il existe divers liens entre les deux, et qu'un système s'avère nécessaire pour les classer. Deux types de corrélation sont proposés. Il existe d'abord une corrélation globale, puisque les problèmes de santé mentale s'accompagnent souvent de problèmes d'usage de substances. La littérature donne également à penser que les problèmes de santé mentale peuvent jouer le rôle de facteurs de risque dans l'apparition des problèmes de consommation, et vice versa. Ce type de corrélation montre que lorsque des personnes commencent à éprouver des problèmes dans un domaine, elles peuvent être affectées dans l'autre. De plus, les personnes qui sont capables de s'adapter ou qui ont un sentiment de bien-être sont moins susceptibles d'éprouver des problèmes d'usage de substances.

L'autre type de corrélation réside dans l'existence de facteurs de risque et de facteurs de protection communs aux problèmes d'usage de substances et aux problèmes de santé mentale. Ces facteurs rendent les gens plus vulnérables à l'une ou l'autre de ces catégories de problèmes, ou aux deux. La pauvreté, les difficultés scolaires, l'isolement et les problèmes familiaux sont des exemples de facteurs de risque communs. Une grande partie de la littérature examinée traite de ces facteurs de risque. Par contre, des facteurs de protection communs semblent aussi

LA PAUVRETÉ, LES DIFFICULTÉS SCOLAIRES, L'ISOLEMENT ET LES PROBLÈMES FAMILIAUX
SONT DES EXEMPLES DE FACTEURS DE RISQUE COMMUNS.



exister. Ce qui encourage une consommation responsable de substances favorise tout autant une bonne santé mentale.

Le modèle de la page précédente se veut une simplification graphique de ces questions complexes.

Dans le modèle, usage de substances et santé mentale sont placés sur deux continuums qui vont d'un fonctionnement optimal et une consommation responsable de substances, à une consommation excessive de substances ou une santé mentale minimale (ces termes sont définis à l'annexe).

Un point d'intersection est suggéré entre les continuums de la santé mentale et de l'usage de substances. À mesure qu'on s'éloigne de la santé pour se diriger vers la maladie, les deux continuums se rapprochent. Il ne faut pas en conclure que les deux se recoupent toujours, mais qu'ils le font probablement ou ont des racines communes.

Le modèle donne à penser que des facteurs de risque et de protection communs deviennent de plus en plus semblables à mesure qu'on se dirige vers l'extrémité du continuum qui figure les problèmes. S'il existait un système de classification des comportements sains, les deux continuums pourraient être plus près l'un de l'autre aux deux extrémités.

Le point de rencontre implicite des continuums correspond aux aspects qui se chevauchent des troubles mixtes. Le sens du rapport de cause à effet demeure, cependant, une question complexe. La plupart des études sont corrélatives et ne permettent pas de déterminer avec certitude comment l'usage de substances contribue au continuum de la santé mentale, ou vice versa. En conséquence, il est virtuellement impossible d'établir clairement la relation de cause à effet entre les facteurs de risque et le résultat.

FACTEURS DE PROTECTION ET DE RISQUE COMMUNS

Les possibilités d'étudier et de travailler, les soins de santé universels, et les lois sur l'égalité des chances favorisent et protègent la santé et le bien-être des Canadiens et des Canadiennes. Des conditions difficiles comme la pauvreté, l'analphabétisme, la violence et la discrimination représentent des obstacles à la santé et rendent les gens vulnérables. Dans la *Bibliographie annotée* et l'*Analyse détaillée*, les auteurs ont trouvé des signes des conditions qui mettent en relation l'usage de substances et la santé mentale, et favorisent ou inhibent la santé et le bien-être. Ces relations ont été analysées à l'aide du modèle ci-dessus.

DES CONDITIONS DIFFICILES COMME LA PAUVRETÉ, L'ANALPHABÉTISME, LA VIOLENCE ET LA DISCRIMINATION REPRÉSENTENT DES OBSTACLES À LA SANTÉ ET RENDENT LES GENS VULNÉRABLES.

Ce modèle d'une relation triangulaire entre l'usage de substances et la santé mentale ne se recoupe qu'à l'extrémité qui figure les problèmes. Entre les deux pôles (celui qui correspond aux problèmes et l'autre), des facteurs de protection et de risque identifiables agissent sur le déplacement vers la santé mentale optimale et la consommation responsable à une extrémité, ou les troubles mentaux et la consommation excessive à l'autre. Comme indiqué ci-dessus, la forme triangulaire tient au fait que le système de classification est plus riche en renseignements sur les liens communs à l'extrémité du continuum qui figure les problèmes qu'à l'autre.

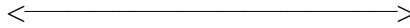
Les facteurs de risque et les facteurs de protection sont rarement mutuellement exclusifs. Par exemple, une grande estime de soi semble un facteur de protection, tandis qu'une estime de soi qui laisse à désirer ferait augmenter le risque. L'importance des facteurs peut changer avec le temps et les circonstances, si bien que des facteurs de protection peuvent devenir des facteurs de risque. Par exemple, des liens familiaux forts qui protègent et réconfortent une personne à un moment de sa vie peuvent devenir insupportables et stressants lorsque la personne tente d'acquérir une plus grande indépendance. Un facteur de protection pour une personne peut être un facteur de risque pour une autre. Un verre d'alcool qui réduit la tension chez une personne peut déclencher l'hostilité chez une autre. Cependant, nombre d'études citées dans la *Bibliographie annotée* montrent que les variables sont interdépendantes. Une description de certaines variables communes relevées dans la littérature suit. Ces facteurs sont mentionnés brièvement et ne sont pas examinés en détail.

Milieu socioculturel et collectivité

Dans la littérature examinée, des liens sont établis chez les jeunes entre le **rendement scolaire** et aussi bien l'usage de substances que la santé mentale. La réussite à l'école, la création de liens sociaux et les capacités d'adaptation acquises exercent un effet positif sur le rendement scolaire, tandis que les sentiments d'aliénation et le stress ont une influence négative. L'usage de drogue peut constituer une stratégie d'adaptation, mais son influence sur le rendement scolaire est rarement positive. Une relation existe certes, mais elle n'est pas bien comprise. Par exemple, l'échec à l'école survient-il en premier, ou la drogue précède-t-elle les difficultés scolaires ou même les cause-t-elle? Tous les jeunes qui éprouvent des difficultés à l'école Wabuseront pas nécessairement des drogues. La relation peut également être différente chez les garçons et les filles.

L'USAGE DE DROGUE PEUT CONSTITUER UNE STRATÉGIE D'ADAPTATION, MAIS SON INFLUENCE SUR LE RENDEMENT SCOLAIRE EST RAREMENT POSITIVE.

Facteurs de protection



Facteurs de risque

RENDEMENT SCOLAIRE

- Aliénation
- Formation de rapports sociaux
- Performance scolaire
- Stress et adaptation

NORMES SOCIALES ET ATTENTES RELATIVEMENT À L'USAGE DE SUBSTANCES

- Croyances culturelles quant à la conduite appropriée
- Apprentissage social

STATUT SOCIO-ÉCONOMIQUE

- Particulièrement en relation avec le tabagisme

Les normes sociales et les attentes en ce qui concerne la consommation de drogue sont influencées par les croyances sociales de ce qui constitue une conduite convenable et l'apprentissage social. Ces croyances peuvent avoir leur origine dans le vaste système social dans lequel nous vivons ou peuvent être plus particulières à des sous-groupes ou à des sous-cultures donnés à l'intérieur de ce système. Les normes et les attentes en question peuvent avoir des conséquences positives et négatives pour ce qui est de l'usage de substances comme de la santé mentale chez un individu ou un groupe. Par exemple, dans notre société, l'usage modéré d'alcool est très acceptable et les médias ne se gênent pas pour en faire connaître les avantages. Au sein de certains groupes religieux ou ethniques par contre, toute consommation d'alcool est proscrite.

Les attentes culturelles en ce qui concerne l'usage de substances au Canada sont souvent ambiguës. Les Canadiens et les Canadiennes appartiennent souvent à des groupes dont les attentes sont opposées. De plus, des messages contradictoires peuvent être reçus des médias et des amis intimes et de la famille. L'ivresse, par exemple, est condamnée dans certaines circonstances, mais pardonnée dans d'autres.

La pauvreté et le statut socio-économique sont directement en rapport avec l'usage de substances, et en particulier avec le tabagisme. Cependant, comme pour toutes les études corrélationnelles, la cause ne peut pas être présumée. La pauvreté ne cause certainement pas le tabagisme, pas plus que le tabagisme ne cause la pauvreté. Bien que la corrélation ne soit pas bien comprise, il est intéressant de constater qu'il existe aussi un rapport entre le tabagisme et les problèmes de santé mentale et les autres toxicomanies. La pauvreté et les difficultés socio-économiques semblent constituer des facteurs de risque dans un cas comme dans l'autre. La pauvreté est de plus en plus reconnue comme un facteur de risque central, tandis que la réduction de la pauvreté est en étroite corrélation avec la santé mentale et la santé de la population en général.

Famille et pairs

Les parents sont généralement les personnes qui exercent la plus forte influence dans la vie des jeunes, les aidant à déterminer comment ils réagiront face à la vie une fois adultes. Il n'existe pas de recette magique applicable à chaque famille ou à chaque enfant au sein de la famille. Élever des enfants n'est pas une mince tâche, et même si peu d'entre eux se considèrent comme des experts, les parents ont forcément une influence très positive ou très négative sur le développement de leurs enfants. Leurs valeurs, leurs attitudes et leurs comportements sont observés et imités ou rejetés. Certaines pratiques en ce qui concerne la santé mentale et les attitudes ou les comportements face à l'usage de substances peuvent en réalité être enseignés (par exemple, comment on peut trouver un certain réconfort dans des moments de stress).

Les enfants qui vivent dans des familles où la violence, la maladie mentale, ou l'abus de substances sont présentes sont très exposés à nombre de problèmes qui souvent se superposent et ont des effets synergiques. Ces problèmes semblent avoir deux sources. Premièrement, vivre dans une famille aux prises avec des problèmes fait considérablement augmenter les niveaux de stress pour tous les membres de la famille. Deuxièmement, les enfants exposés à de telles conditions souvent dont pas (en quantité et en qualité) les capacités d'adaptation nécessaires pour faire face à ce stress accru. En conséquence, ils risquent de recourir à l'usage de substances pour composer avec le stress, ou de venir à présenter des problèmes de santé mentale. Cependant, il faut reconnaître que l'apparition de formes plus graves de troubles mentaux (ex.: schizophrénie) n'a absolument rien à avoir avec l'influence parentale. Ce ne sont pas non plus tous les enfants de familles violentes qui éprouveront

LES ENFANTS EXPOSÉS À DE TELLES CONDITIONS SOUVENT DONT PAS (EN QUANTITÉ ET EN QUALITÉ) LES CAPACITÉS D'ADAPTATION NÉCESSAIRES POUR FAIRE FACE À CE STRESS ACCRU.

Facteurs de protection



Facteurs de risque

INFLUENCES FAMILIALES

- Soutien et autorité des parents
- Cohésion familiale et adaptabilité
- Relations parents-enfants
- Adaptation au stress
- Attitudes des parents face aux drogues
- Consommation de drogue dans la famille
- Méthodes de résolution des conflits
- Violence familiale

INFLUENCES DES PAIRS

- Aspects caractéristiques des relations avec les pairs
- Soutien social
- Pression des pairs
- Usage de drogue par les pairs
- Étendue des réseaux sociaux

des problèmes. Les divers facteurs qui contribuent à la résistance (*resilency*) chez ces enfants, et le phénomène de la résistance lui-même, doivent être étudiés plus attentivement.

Les relations avec les pairs jouent aussi un rôle très important dans le développement psychosocial des jeunes gens. Elles procurent un soutien social, et servent parfois de rempart ou de mécanisme de protection contre la famille ou d'autres sources de stress. Leur effet peut être tout aussi facilement négatif, par contre, si elles créent une dissonance chez les jeunes relativement aux valeurs familiales ou collectives. Les relations avec les pairs sont particulièrement importantes pour modeler et renforcer les valeurs et les normes. Il est évident que les personnes dont les groupes d'affinité ne prisent pas l'usage de substances et dont les normes excluent la consommation excessive tendent moins à boire ou à faire usage d'autres substances psychotropes. L'influence des pairs a été étudiée de façon très approfondie en relation avec des variables, telle l'estime

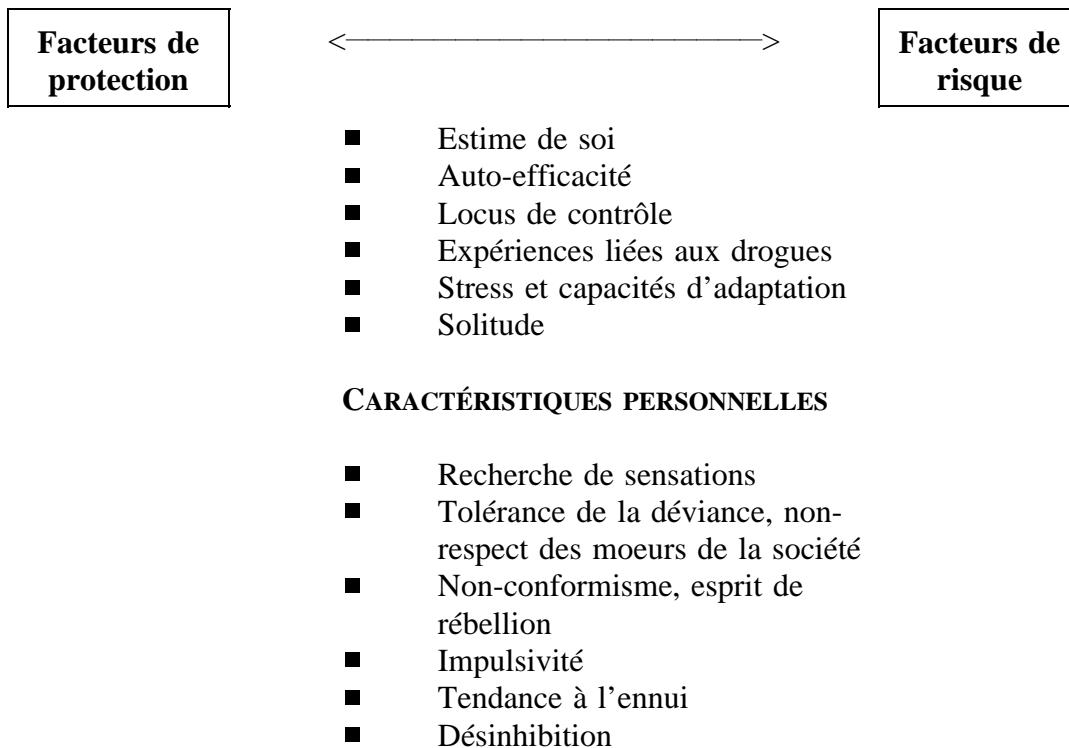
LES RELATIONS AVEC LES PAIRS SONT PARTICULIÈREMENT IMPORTANTES POUR MODELER ET RENFORCER LES VALEURS ET LES NORMES.

de soi, qui ont à voir aussi bien avec l'usage de substances qu'avec la santé mentale. Le rôle des pairs peut être subtil ou caché, comblant les besoins sociaux et psychosociaux de se sentir accepté et normal, et de connaître la camaraderie.

Facteurs intra-individuels

Les facteurs psychologiques qui influent sur la santé mentale et l'usage de substances sont encore plus difficiles et complexes à isoler et à mesurer que les facteurs environnementaux. Du fait qu'ils interviennent toujours en combinaison avec d'autres facteurs et dans divers contextes, il est difficile de déterminer leur rôle avec certitude.

Au nombre de ces facteurs, **l'estime de soi** est l'un de ceux qui a été le plus étudié, mais qui est le moins bien compris. Même les définitions de la notion varient d'une étude à l'autre. Malgré tout, il se dégage clairement de la littérature qu'une piètre estime de soi constitue un facteur de risque tant pour les problèmes de consommation de substances que pour les problèmes de santé mentale. Une grande estime de soi ne signifie



pas nécessairement, par contre, qu'une personne est à l'abri de problèmes graves. La confiance en soi, l'image de soi, le succès et les relations interpersonnelles sont tous des facteurs dont l'influence n'est pas facile à isoler et à étudier, bien qu'ils contribuent tous d'une importante façon à l'estime de soi.

Auto-efficacité et locus de contrôle sont des concepts en étroite interdépendance. Les deux sous-entendent un fort sentiment de puissance personnelle et de contrôle de sa destinée, et les deux peuvent protéger et favoriser le bien-être, et s'opposer à la consommation excessive de drogues. Pourtant, à différents moments de la vie et dans différents contextes, les deux peuvent varier. On a beaucoup misé sur la puissance et le contrôle personnels dans le traitement de l'abus de substances. La recherche montre que les personnes qui apprennent à réagir de manière appropriée dans les situations de risque seront moins enclines à abuser des drogues.

Les attentes et la recherche de sensations influencent fortement l'adoption initiale, et éventuellement durable, de comportements à risque, notamment l'usage de substances. La consommation de drogue peut produire un puissant effet de renforcement. Si elle procure des sensations agréables ou réduit le stress, elle se poursuivra probablement, et renforcera encore les attentes. Cet enchaînement semble encore plus vrai lorsque ce ne sont pas des substances qui sont en cause, mais des comportements (ex.: troubles alimentaires, jeu). La plupart des gens attendent des résultats positifs de la consommation d'alcool, comme une aisance et une spontanéité accrues en société, ou une détente voire une gaieté plus grandes.

Il existe un rapport significatif entre le **stress et l'impression de stress** d'une part et la santé mentale et l'usage de substances d'autre part. Aucune autre variable n'a été scrutée de plus près, tant comme motif à l'usage de substances que comme conséquence de problèmes de santé mentale ou de problèmes de consommation. Malgré la difficulté à les quantifier, le stress et l'impression de stress peuvent avoir une influence énorme. Au pire, le stress peut déclencher la dépression ou la frustration, laquelle peut être dirigée vers soi ou autrui. Le stress peut être épisodique ou quotidien, et ses effets cumulatifs peuvent entraîner une détresse physique et psychologique qui est dévastatrice. Il n'est donc pas surprenant que l'usage de substances soit souvent une forme d'automédication contre le stress.

MALGRÉ LA DIFFICULTÉ À LES QUANTIFIER, LE STRESS ET L'IMPRESSION DE STRESS PEUVENT AVOIR UNE INFLUENCE ÉNORME.

Le stress est en corrélation avec l'usage de substances et la santé mentale, mais le facteur important est peut-être la capacité de la personne

de *faire face* au stress plutôt que le stress *lui-même*. La capacité de s'adapter, de survivre, ou même d'être à son mieux face à l'adversité ou au risque est un important facteur de protection associé à la résistance. Les personnes qui savent s'adapter tendent à être moins stressées dans l'ensemble que les personnes dont les capacités d'adaptation sont moins bonnes. La faculté d'adaptation devient donc la variable critique. Cette réalité prend tout son sens lorsqu'on tente de prévenir les problèmes et de favoriser la résistance. Quand on considère la relation entre la capacité d'adaptation au stress (un attribut de la santé mentale) et le recours à l'usage de substances, il importe de distinguer la consommation non excessive comme mécanisme d'adaptation et la consommation excessive comme automédication.

La **solitude** est un autre facteur intra-individuel dont les effets se font sentir aussi bien sur la santé mentale que sur la consommation de substances. Elle peut prédisposer à la consommation de drogue, ou renforcer ce comportement, et mener à la dépression et au désespoir. Paradoxalement, les personnes seules peuvent avoir recours à l'alcool pour se rendre plus sociables, mais à mesure qu'augmente leur consommation, leur sociabilité diminue et leur solitude s'accroît. Il importe de savoir que la solitude, comme le stress, peut être une affaire de perception. La perception de sa sociabilité et de ses rapports sociaux par un individu peut représenter un plus grand risque que le nombre réel de ses contacts sociaux et de ses sources de soutien. Par exemple, on peut se sentir seul dans un mariage qui dure depuis longtemps ou dans une foule, et pas seulement quand on se retrouve physiquement seul. Par contre, le rejet social qui conduit à la solitude est aussi une réalité pour certains, et pas seulement une impression. Peu importe sa forme, la solitude peut être débilitante au point de conduire au désespoir et, comme le stress, facilement donner lieu à une automédication.

IL IMPORTE DE SAVOIR QUE LA SOLITUDE, COMME LE STRESS, PEUT ÊTRE UNE AFFAIRE DE PERCEPTION.

La liste des attributs psychologiques, des tendances et des facteurs de personnalité qui mettent en relation l'usage de substances et la santé mentale n'est pas limitée aux aspects dont il a été question ci-dessus. Ce ne sont là que quelques exemples. À divers degrés, des attributs comme la recherche de sensations, la tolérance de la déviance, le mépris des conventions sociales, l'esprit de rébellion, l'impulsivité ou l'intolérance de l'ennui peuvent engendrer soit des problèmes de consommation de substances, soit des problèmes de santé mentale, ou les deux.

FACTEURS PROPRES À DES POPULATIONS

Depuis les dix dernières années, on reconnaît de plus en plus dans la littérature les caractéristiques divergentes et uniques de groupes de population dont les besoins sont peu connus ou médiocrement satisfaits par les services de santé existants. Dans la littérature étudiée, ces groupes incluent les femmes, les personnes âgées, les peuples autochtones, les jeunes marginaux, et les minorités culturelles et ethniques. D'autres groupes mal définis, généralement appelés «immigrants», font aussi partie de ces gens. L'appellation d'«Immigrants» peut en fait revêtir plusieurs sens et englober divers groupes, et elle doit être utilisée avec prudence.

Femmes

La littérature traitant de l'usage de substances et de la santé mentale chez les femmes a tendance à porter avant tout sur la dépression, le vieillissement et les étapes de la vie, la victimisation au cours de l'enfance, la consommation d'alcool, et des aspects relatifs au travail et aux rôles des sexes. De plus, chez les femmes (et en particulier chez les jeunes femmes), des préoccupations quant à l'image corporelle et à l'apparence personnelle ont souvent à voir avec le tabagisme et les troubles alimentaires. Des facteurs d'ordre professionnel comme l'égalité des chances et des salaires, la satisfaction au travail, la sécurité et le harcèlement, ainsi que la multiplicité des rôles professionnels et familiaux peuvent engendrer l'anxiété et la dépression chez les femmes. On a également laissé entendre qu'ils pouvaient contribuer à l'automédication par l'alcool ou les médicaments de prescription. Néanmoins, la recherche accorde plus de poids au rôle des *relations* qu'à ces facteurs dans la détermination des constantes de l'usage de substances. Chez les femmes âgées qui survivent souvent à leurs partenaires et à leurs proches, la solitude et l'isolement interviennent aussi bien dans l'abus de substances que dans la détresse psychologique. Chez elles donc, créer et entretenir des amitiés et des réseaux sociaux est un facteur de protection particulièrement important sur ce double plan.

Le fait d'avoir été agressée physiquement ou sexuellement est un autre facteur d'une grande importance en ce qui concerne la santé mentale et la consommation excessive de substances chez les femmes (et les hommes, quoique l'incidence soit inférieure). Avoir été victime d'agression est manifestement un facteur dans la détresse psychologique et la toxicomanie. La brève mention faite de ce facteur ici ne correspond pas au rôle prépondérant qu'il peut jouer dans la toxicomanie ou la détresse psychologique plus tard dans la vie.

AVOIR ÉTÉ VICTIME D'AGRESSION EST MANIFESTEMENT UN FACTEUR DANS LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE ET LA TOXICOMANIE.

Personnes âgées

Par rapport aux plus jeunes, les personnes âgées sont généralement défavorisées du point de vue de la capacité physique, de la santé et de la condition socio-économique. Elles sont plus isolées sur le plan social, présentent des déficits sensoriels plus grands, et sont plus stressées par les réalités de la vie comme le décès d'un conjoint de longue date ou d'un proche. Il n'est pas surprenant que les personnes âgées prennent plus de médicaments de prescription et fassent plus souvent usage de plusieurs médicaments pour un même mal que les personnes des autres groupes d'âge. L'anxiété, la dépression, et parfois la consommation excessive de substances peuvent être la manifestation de problèmes affectifs. Il arrive aussi que la prise de médicaments pour dormir ou soulager d'autres maux puisse engendrer un cycle non voulu de surconsommation et de mauvais usage de médicaments.

Peuples autochtones

Il existe chez les peuples autochtones du Canada de nombreux problèmes de santé mentale et de consommation de substances. Le suicide est la plus extrême manifestation de ces problèmes. Le taux de suicide est beaucoup plus élevé dans les réserves qu'au sein de l'ensemble de la population, et il a été mis en corrélation avec la toxicomanie, le peu d'estime de soi, l'isolement, les agressions au cours de l'enfance, et le manque de possibilités d'éducation ou d'emploi véritable. Les mêmes conditions contribuent aux problèmes souvent signalés de violence familiale, de toxicomanie, de dépression et d'anxiété. Plus de pouvoirs aux peuples autochtones à l'intérieur de leurs propres collectivités pourrait être un moyen positif de protéger et d'améliorer la santé et le bien-être.

PLUS DE POUVOIRS AUX PEUPLES AUTOCHTONES À L'INTÉRIEUR DE LEURS PROPRES COLLECTIVITÉS POURRAIT ÊTRE UN MOYEN POSITIF DE PROTÉGER ET D'AMÉLIORER LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE.

Autres minorités

Même s'il est reconnu que de nombreux groupes minoritaires canadiens sont mal servis par les programmes de santé mentale et de traitement de la toxicomanie, il manque souvent à ces groupes une voix représentative, ou unificatrice, pour exprimer leurs préoccupations. Ce sont parfois des Canadiens de première génération ou des immigrants reçus de pays en développement, des néo-Canadiens dont la langue maternelle n'est ni l'anglais ni le français, ou simplement des gens considérés comme «différents». Quoiqu'on ne s'attarde pas vraiment sur leur cas particulier dans la littérature, nombre de personnes travaillent avec des familles et des individus très divers faisant partie de ces groupes. Les organismes

du domaine de la santé mentale et de la toxicomanie ont encore bien des choses à comprendre avant que ces populations, qui forment un important élément du tissu social canadien, puissent bénéficier de meilleurs services.

JEU COMPULSIF

Un autre domaine relativement nouveau doit être pris en considération dans l'étude des liens entre l'usage de substances et la santé mentale. Même si aucune substance n'est en cause, le jeu compulsif peut être considéré comme une forme de dépendance qui semble présenter des caractéristiques semblables à celles d'autres toxicomanies. Les conclusions de recherches jusqu'ici donnent à penser que le jeu compulsif ou pathologique peut s'installer par étapes, comme l'alcoolisme. Mais, convient-il de traiter le jeu comme une toxicomanie? C'est là un point sur lequel on ne s'est pas mis d'accord à l'échelle nationale.

Toujours selon les résultats de recherches, les joueurs compulsifs éprouveraient plus souvent une souffrance morale et pourraient différer, sur le plan cognitif, des joueurs non compulsifs, d'où le lien possible entre le jeu pathologique et la santé affective. Ces facteurs sociaux et psychologiques présentent un intérêt particulier à l'heure où de nombreuses provinces ouvrent des casinos pour augmenter leurs recettes. Bien que les services de traitement de la toxicomanie dans plusieurs provinces aient commencé à offrir des programmes de traitement du jeu compulsif, il faudra peut-être attendre plusieurs années avant de comprendre la portée du problème ainsi que la manière de le traiter et de le prévenir efficacement.

PROGRAMME DE PRÉVENTION ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ

La promotion de la santé et la prévention dans le contexte de la présente discussion englobent tout le spectre des politiques et des stratégies de programmes qui visent à réduire le risque, à favoriser les facteurs de protection, et à encourager des choix et des actions qui contribuent à la santé tant au niveau individuel qu'à celui des systèmes.

PROMOTION DE LA CONSOMMATION RESPONSABLE ET PRÉVENTION DE L'ABUS DE SUBSTANCES

À l'école

À l'école, les programmes de prévention sont passés successivement des «tactiques de peur» aux programmes fondés sur les faits, puis aux approches modernes qui combinent des éléments cognitifs avec l'acquisition d'aptitudes sociales comme la résolution de problèmes, l'affirmation de soi, et l'apprentissage du refus face à ses pairs. On a recours à diverses méthodes pédagogiques, comme des groupes animés par des pairs et des représentations théâtrales. On reconnaît de plus en plus que la promotion de la santé, c'est plus que l'enseignement en classe et que l'école est un élément de la collectivité.

Malheureusement, les programmes scolaires sont inégalement appliqués d'une province, d'un conseil scolaire et même d'une école à l'autre. Comme pour l'éducation sanitaire en général, la revitalisation des programmes et la préparation des enseignants laissent à désirer. À part les programmes de lutte contre le tabagisme, rares sont les interventions qui ont réellement permis de modifier les attitudes ou les comportements. La recherche donne à penser que les programmes ont des buts souvent irréalistes, et que leur mauvaise application empêche une analyse approfondie de leurs résultats.

Dans la collectivité

Les programmes communautaires sont pour la plupart apparus au cours de la dernière décennie. Depuis «Des villes et des villages en santé», on reconnaît de plus en plus qu'un *processus* (ex.: développement

communautaire) sert mieux les fins de la promotion de la santé qu'un programme quelconque. Les initiatives communautaires de prévention de l'abus de substances ont traditionnellement consisté à sensibiliser et à habiliter les parents, à offrir des activités de loisirs d'où la drogue est absente, et à organiser des campagnes de marketing social ou de sensibilisation du public. Comme pour la plupart des programmes ou initiatives volontaires, la participation a posé un défi, notamment là où l'intervention des parents est prévue.

PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE OPTIMALE ET PRÉVENTION DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE

Trois approches générales ont été mises en oeuvre au Canada. *Les programmes de promotion de la santé mentale axés sur les aptitudes* sont le plus souvent dirigés vers les enfants (ex.: *In Living Colour*, division de l'Ontario de l'Association canadienne pour la santé mentale). De façon générale, ces programmes sont conçus pour accroître la compétence sociale ainsi que les capacités de résolution de problèmes et d'adaptation. L'image de soi, l'habileté à communiquer et le contrôle de soi ont également fait partie des programmes destinés aux enfants. Comme pour les programmes d'abus de substances, la mise en oeuvre est au mieux inégale, et une évaluation en profondeur est rarement exigée.

La promotion de la santé mentale porte les mêmes stigmates que la santé mentale — l'accent est mis sur la prévention des *troubles mentaux* plutôt que sur la santé mentale et affective comme objectif pour chaque individu. La littérature offre certains exemples d'efforts de *marketing social* dont le but est de changer l'image de la santé mentale, mais il reste du travail à faire pour éliminer la honte et aider le grand public à se rendre compte de l'importance de la santé mentale dans la vie de tous les jours.

Une troisième approche de la promotion de la santé mentale dans la littérature est celle de *l'habilitation de la collectivité*. Des programmes favorisant l'habilitation au niveau décisionnel se sont révélés efficaces pour les personnes âgées en établissement. Le processus de l'habilitation se prête naturellement à la promotion de la santé mentale. Sans lui être propre, il représente l'un des principes du développement communautaire et de l'organisation autour des questions de santé et des questions sociales.

DES PROGRAMMES FAVORISANT L'HABILITATION AU NIVEAU DÉCISIONNEL SE SONT RÉVÉLÉS EFFICACES POUR LES PERSONNES ÂGÉES EN ÉTABLISSEMENT.

La prévention de l'abus de substances et la prévention de la maladie mentale ont beaucoup en commun. Malheureusement, ces points communs incluent des contraintes financières pour la création,

l'application et l'évaluation de tous les programmes de prévention. Néanmoins, des programmes valides et sûrs qui favorisent la santé globale, le bien-être familial, la réduction des risques, l'amélioration du mode de vie, la formation de liens sociaux, l'engagement et l'apprentissage contribueraient tant à la santé mentale optimale qu'aux attitudes et aux usages responsables en matière de drogue. Les familles, les écoles et les collectivités constituent des milieux naturels pour des programmes. L'examen des rapports entre ces domaines de prévention devrait faire apparaître clairement les populations à risque et exigeant une attention particulière.

POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE ET LÉGISLATION COMME OUTILS DE PROMOTION DE LA SANTÉ

La promotion de la santé consiste non seulement à encourager le changement individuel ou collectif volontaire, mais encore à favoriser des conditions socio-économiques qui contribuent à la santé, et à décourager certains comportements. La recherche donne à penser que les contrôles législatifs des prix et la disponibilité de substances influent davantage sur le comportement du public que les programmes d'éducation. La relation distincte entre les conditions socio-économiques et la santé mentale ou les problèmes de consommation semble laisser croire qu'une politique sociale qui débouche sur des possibilités d'emploi et de revenu réels ainsi que des conditions de logement sûres peut jouer un rôle déterminant en ce qui concerne la santé des Canadiens et des Canadiennes. Malgré l'importance de développer les aptitudes sociales et les attributs protecteurs comme la force morale, la réduction des coûts humains et financiers de l'abus de substances ne peut être assurée sans l'établissement de conditions sociales favorables.

LA RECHERCHE DONNE À PENSER QUE LES CONTRÔLES LÉGISLATIFS DES PRIX ET LA DISPONIBILITÉ DE SUBSTANCES INFLUENT DAVANTAGE SUR LE COMPORTEMENT DU PUBLIC QUE LES PROGRAMMES D'ÉDUCATION.

ASPECTS THÉRAPEUTIQUES

Les programmes de traitement de la maladie mentale et de l'abus de substances ont évolué différemment, même si ces derniers ont été offerts dans les hôpitaux psychiatriques ou généraux à un moment ou l'autre. Les deux domaines ont eu beau faire tous les efforts pour offrir le traitement le plus humain possible, l'opinion publique au sujet de l'usage de substances et des maladies mentales est restée ambivalente. Dans certains cas, une attitude punitive a influé sur l'action gouvernementale, ce qui s'est traduit par un désir de cacher aux yeux du public les problèmes de consommation de substances et de santé mentale. Aucun des deux domaines n'est parvenu à gagner suffisamment la sympathie de la population pour offrir les services de première qualité auxquels s'attendent les Canadiens et les Canadiennes lorsqu'il s'agit du traitement de problèmes de santé physique.

TRAITEMENT DE L'ABUS DE SUBSTANCES

Plusieurs questions encore en suspens ont entravé les progrès dans le domaine du traitement de la toxicomanie. La plus importante de ces questions est de savoir quand l'«usage» de substances devient l'«abus» et doit être traité. Cet aspect est primordial, et peu de progrès seront possibles sur le plan thérapeutique si l'on continue de s'intéresser seulement aux formes les plus manifestes et les plus graves de l'usage de substances. La rhétorique selon laquelle presque tout usage de substances est abusif est également restrictive (ex.: *société sans drogue*). L'importance exagérée qu'on accorde à certaines drogues, ce qui renforce le mythe voulant que les drogues elles-mêmes soient le problème, est un autre exemple. Les drogues sont neutres, ni bonnes ni mauvaises en soi. L'usage qu'on en fait et les conséquences de cet usage constituent le problème. Croire qu'une personne est ou bien toxicomane ou ne l'est pas, sans moyen terme, pose également un problème. Un corollaire de cette croyance est qu'un toxicomane reste toxicomane jusqu'à la fin de ses jours. Cette étiquette «noir ou blanc» n'est pas accolée aux personnes obèses ou atteintes de dépression clinique. Nombre d'ex-fumeurs respirent à pleins poumons la fumée des autres sans recommencer à fumer.

UN COROLLAIRE DE CETTE CROYANCE EST QU'UN TOXICOMANE RESTE TOXICOMANE
JUSQU'À LA FIN DE SES JOURS.

Aucune modalité de traitement en particulier n'est efficace pour tout le monde. Néanmoins, peu de programmes de traitement offrent

des choix, pour des raisons de philosophie, de formation du personnel et de budget. De plus, ce qui constitue un traitement *efficace* est très discutable. Si l'abstinence est le seul objectif et la seule mesure de succès, peu de personnes réussissent en début de traitement. Pour cesser de fumer, par exemple, il faut essayer plusieurs fois.

Enfin, l'entraide joue un rôle primordial, mais où s'insère-t-elle dans un régime thérapeutique? Est-elle nécessaire pour une guérison complète? Qui bénéficie le plus de la participation à une expérience d'entraide, et qui pourrait ne pas en bénéficier?

Il n'existe pas de réponses simples à ces questions ou problèmes, mais un débat constructif — qui da pas lieu à l'heure actuelle — devrait se faire dans la littérature et parmi les responsables de services.

IL N'EXISTE PAS DE RÉPONSES SIMPLS À CES QUESTIONS OU PROBLÈMES, MAIS UN DÉBAT CONSTRUCTIF — QUI DA PAS LIEU À L'HEURE ACTUELLE — DEVRAIT SE FAIRE DANS LA LITTÉRATURE ET PARMIS LES RESPONSABLES DE SERVICES.

Nous soulevons plusieurs considérations et aspects nouveaux qui doivent être incorporés dans le traitement actuel et futur de l'abus de substances:

- Il est important de reconnaître que le traitement n'est que l'un des facteurs qui contribuent au résultat ou l'influencent. Les circonstances et les conditions psychosociales avant, pendant et après le traitement peuvent avoir une influence beaucoup plus marquée que le traitement comme tel. Minimiser les résultats négatifs ou appliquer la théorie de la réduction du tort représentent probablement des approches plus réalistes pour évaluer le traitement que simplement considérer si une personne continue de faire usage de drogue ou non.
- Le domaine devrait faire savoir clairement que l'usage de substances se situe sur un continuum qui exige de multiples stratégies d'intervention. À un pôle, la promotion de comportements sains doit incorporer des approches éducationnelles et stratégiques. Question de rentabilité, beaucoup plus d'efforts devraient être déployés au pôle du continuum où les problèmes ont moins tendance à s'agglutiner, c'est-à-dire où le plus grand nombre de gens en bénéficieraient. Les problèmes chroniques et les incapacités les plus profondes devraient susciter les efforts les plus modestes, puisque ces cas représentent environ cinq pour cent de la population seulement et sont peut-être ceux qui répondent le moins bien à l'intervention. Pour cette population, plus de programmes de soutien sont plutôt nécessaires. Dans le cas des groupes les plus à risque par exemple, des stratégies de réduction du risque, comme des programmes d'échange de seringues, peuvent convenir le mieux. Cette exploration du traitement le long d'un continuum vaut pour l'alcoolisme surtout; son application aux autres toxicomanies est plus obscure.

- Il faudrait s'efforcer davantage de servir efficacement des groupes de population particuliers. Il est important de savoir quelles interventions sont efficaces et lesquelles échouent chez telle ou telle population.
- De nos jours, la plupart des clients des centres de traitement sont des polytoxicomanes. Toutes ces drogues devraient-elles être vues de la même manière? Faudrait-il, par exemple, encourager ou forcer les gens à cesser de fumer pendant qu'ils sont en cure pour d'autres drogues.

TRAITEMENT DES TROUBLES MENTAUX

Le domaine de la santé mentale concentre ses efforts au pôle du continuum correspondant à la santé mentale minimale. En fait, le système de santé canadien dépense la plus grande partie de ses ressources pour les personnes les plus diminuées. Non seulement une telle approche dénote un manque de vision, mais elle est de surcroît inefficace. Voilà pourquoi toutes les provinces ont entrepris des réformes de la santé et délaissent le modèle institutionnel pour les systèmes communautaires. Ce changement de cap peut ou non inclure le domaine de la santé mentale.

EN FAIT, LE SYSTÈME DE SANTÉ CANADIEN DÉPENSE LA PLUS GRANDE PARTIE DE SES RESSOURCES POUR LES PERSONNES LES PLUS DIMINUÉES.

La «honte» est au coeur de la problématique de la santé mentale. La maladie mentale indispose le grand public et passe pour une faiblesse de caractère (peut-être dangereuse). Nous ne sommes pas loin du Moyen Age encore pour ce qui est de comprendre le trouble mental ou la santé mentale. En conséquence, le groupe particulier de travailleurs de la santé qui soigne les problèmes de santé mentale se trouve souvent isolé, et porte lui-même des stigmates. Travailler auprès des personnes aux prises avec des troubles mentaux (ceux dont l'état est chronique en particulier) est une des spécialités médicales les moins «prestigieuses» et un des services communautaires les plus sous-financés.

Le diagnostic psychiatrique et les interventions psychothérapeutiques demeurent en marge des soins de santé en dépit des formidables avancées de notre compréhension de l'esprit et du cerveau. Parallèlement, il nous reste encore beaucoup à comprendre de la manière dont l'inné et l'acquis influencent le comportement humain.

Du point de vue thérapeutique, nous avons créé deux systèmes de santé: un système public pour les personnes aux prises avec des problèmes graves et chroniques, et un système privé pour les personnes moins diminuées. Le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-IV) sert de norme pour le classement des symptômes et permet une certaine uniformité dans le traitement des personnes qui présentent

des profils semblables. Le manuel comprend de nombreuses catégories en relation avec la consommation d'alcool et de drogue. Les personnes qui présentent des symptômes moins graves ou mal définis allant du stress à la déprime existentielle sont généralement traitées par des psychothérapeutes et des conseillers de pratique privée dont la formation et l'expérience peuvent varier.

TROUBLES MIXTES

La part des problèmes de santé mentale prise en charge dans un programme de traitement de l'abus de substances, et vice versa, est importante. La consommation excessive d'alcool et de drogue cadre parfaitement avec de nombreux problèmes de santé mentale. L'anxiété, les troubles de l'humeur et même les épisodes psychotiques peuvent être mis en corrélation avec certaines expériences faisant intervenir les substances.

La notion de troubles mixtes évoque deux problèmes distincts chez une même personne. L'analyse séparée des problèmes de toxicomanie et de santé mentale ne doit pas faire perdre de vue qu'on a affaire à une seule personne. Celle-ci ne voit qu'un problème et ne consultera probablement que pour le plus urgent. Il incombe donc aux deux domaines d'aider la personne à comprendre comment un problème de santé est aggravé par l'usage de substances, ou vice versa.

L'ANALYSE SÉPARÉE DES PROBLÈMES DE TOXICOMANIE ET DE SANTÉ MENTALE NE DOIT PAS FAIRE PERDRE DE VUE QU'ON A AFFAIRE À UNE SEULE PERSONNE.

Un personnel qui n'a pas la formation pour traiter ou même reconnaître des troubles mixtes ne possède pas une formation suffisante. Les personnes dont la vie est marquée par la violence ont besoin d'une aide professionnelle différente de celles que requièrent les victimes de psychose, que la drogue soit en cause ou non. La capacité d'établir un double diagnostic est devenue un aspect crucial.

La question est controversée et exige l'attention des travailleurs de la santé dans les deux domaines. Comorbidité et double diagnostic ont beau être des notions courantes en psychiatrie, on ne les associe pas normalement à l'abus de substances et au trouble mental. Trouble mixte n'est pas une expression nouvelle non plus, mais peu de programmes bien établis s'intéressent au problème. La terminologie reste vague, et nombre de théories et de méthodologies de traitement en sont encore à un stade initial de développement. Malgré les nouveaux horizons qu'ouvrent des pionniers, le scepticisme demeure grand. Le domaine de la santé mentale et celui de l'usage de substances ont leur chasse gardée. Seul le temps permettra de régler certains des points en litige.

À l'heure actuelle, les personnes qui font une consommation excessive de substances sont reconnues comme des personnes à risque pour

les problèmes de santé mentale, et elles peuvent présenter des symptômes, qu'il est possible de diagnostiquer, qui prédisposent à cette consommation excessive, la renforcent ou en découlent. De même, les personnes aux prises avec un trouble mental qu'il est possible de diagnostiquer ou même avec des problèmes de santé mentale plus bénins risquent d'éprouver, si elles n'en éprouvent pas déjà, des problèmes d'usage de substances. La question est de savoir qui sont ces personnes, quel est le rapport entre les deux problèmes, et qu'est-ce qui pourrait ou devrait être fait à ce sujet. Afin d'éviter que ces personnes ne viennent à présenter des problèmes chroniques d'alcoolisme ou de toxicomanie et de santé mentale, faudrait-il expliquer le danger d'une consommation même modérée d'alcool sur fond de problèmes mentaux bénins? On a plus tendance à adopter ce point de vue dans les services de désintoxication que dans les services de santé mentale; la question da jamais été abordée en relation avec les troubles mixtes.

Les personnes qui présentent des troubles bipolaires, qui ont une personnalité antisociale et qui sont schizophrènes sont fortement à risque pour les problèmes d'usage de substances, sous forme d'automédication ou par suite d'expériences de vie non satisfaisantes. Les symptômes de maladie mentale sont difficiles à démêler des symptômes d'intoxication, de dépendance et de sevrage, particulièrement dans le cas de l'alcool.

En raison de la prévalence très élevée de troubles mixtes parmi les personnes qui présentent des troubles psychiatriques reconnus, une attention particulière s'impose. Les spécialistes qui travaillent auprès de cette population ont besoin de temps pour vérifier des théories et des modalités de traitement, et pour entreprendre des essais cliniques qui permettront de déterminer les interventions optimales et les mesures de prévention possibles. Les travailleurs du domaine de l'abus de substances et ceux du domaine de la santé mentale peuvent coopérer à cet égard.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Dans le présent document, les auteurs ont voulu esquisser à grands traits certains des thèmes qui se dégagent de l'examen de liens et de relations possibles entre l'usage de substances et la santé mentale. Ces relations sont complexes et présentent de multiples facettes tout en se manifestant à de nombreux niveaux. Nous avons examiné les deux domaines en tant que concepts psychologiques et philosophiques, que sphères professionnelles dont les infrastructures sont distinctes, et qu'ensemble de programmes allant de la promotion de la santé aux interventions thérapeutiques. La présente section résume les points soulevés et offre plusieurs recommandations.

L'évidence a peut-être été proclamée: la santé mentale et l'usage de substances ne sont pas faciles à compartimenter, et ils ne doivent pas non plus être considérés comme des états singuliers. Les deux se situent sur des continuums dynamiques, et les chevauchements sont nombreux. L'usage de substances et la santé mentale ont en commun des bases environnementales, psychosociales et psychologiques. L'accent a tendance à être mis sur le pôle des continuums qui figure les problèmes. En fait, les deux domaines sont souvent définis en fonction de problèmes. Dans l'un et l'autre domaines, la majorité des ressources est consacrée au traitement des problèmes les plus graves.

L'usage de substances et la santé mentale, comme concepts et comme domaines, portent des stigmates. La santé mentale surtout, qui est le plus souvent définie en termes de troubles mentaux dans le public. L'attitude générale à l'égard de l'usage de substances est ambivalente. Selon la rhétorique qui réclame un Canada «sans drogue», les drogues et leur usage sont intrinsèquement nocifs. Nous avons parlé de la stigmatisation et dit qu'aucun des deux domaines ne bénéficie de la même sympathie, ou du même soutien, que le domaine de la santé physique.

L'USAGE DE SUBSTANCES ET LA SANTÉ MENTALE, COMME CONCEPTS ET COMME DOMAINES, PORTENT DES STIGMATES.

L'examen et l'analyse de la littérature effectués dans le cadre du présent projet confirment qu'on en sait beaucoup au sujet des facteurs sous-jacents à l'abus de substances et aux troubles mentaux, et que nombre des facteurs qui permettent de prédire l'abus de substances ou la toxicomanie, permettent aussi de prédire la détresse psychologique. Cependant,

bien peu de recherches ont porté sur les déterminants comportementaux et psychosociaux du bien-être psychologique ou des attitudes et des comportements sains face à l'alcool et à la drogue, notamment sur les rôles positifs possibles de certaines formes de consommation pour favoriser le bien-être psychologique. Insister sur les facteurs de risque et les causes de dysfonctionnement, plutôt qu'élaborer des scénarios propices à la santé, renforce une approche négative centrée sur les problèmes.

En ce qui concerne la promotion de la santé et la prévention, nous avons laissé entendre que si les programmes actuels ne sont pas sur le même pied dans les deux domaines, la mise en oeuvre et l'évaluation laissent à désirer dans l'un et dans l'autre, comme dans tout le domaine de la promotion de la santé. De même, le rôle clé de l'environnement physique, social et économique dans la détermination de la maladie ou de la santé est apparent dans les deux cas. Remédier au stress qu'engendrent la pauvreté, les conditions de logement inadéquates ou dangereuses, le chômage et le manque d'espoir occupe une place centrale dans les programmes de santé mentale et d'usage de substances. Des programmes d'éducation ou de sensibilisation ne suffisent pas. Il faut une politique sociale qui favorise la santé ainsi qu'un engagement à offrir des chances égales et des possibilités à tous.

IL FAUT UNE POLITIQUE SOCIALE QUI FAVORISE LA SANTÉ AINSI QU'UN ENGAGEMENT À OFFRIR DES CHANCES ÉGALES ET DES POSSIBILITÉS À TOUS.

Les réalités des différents groupes de population ont été prises en considération. À l'évidence, les concepts et même les déterminants de la santé mentale et de la consommation responsable d'alcool et de drogue diffèrent entre les nombreuses cultures canadiennes. Les facteurs qui contribuent à la santé ou à la souffrance morale varient selon l'âge et le sexe. Tous ces aspects rendent plus complexe l'analyse des liens et des relations entre la santé mentale et l'usage de substances.

Enfin, des questions qui intéressent le traitement dans les deux domaines ont été dégagées, notamment le besoin de bien reconnaître le chevauchement entre la détresse et les troubles mentaux et la toxicomanie, et le besoin d'en tenir compte.

Comment donner suite à ces questions? Sans perdre de vue les observations générales, nous offrons six recommandations d'ensemble pour aider à faire reconnaître et exploiter davantage les nombreux liens et les points communs entre les deux domaines. Au-delà de chaque recommandation, des actions plus précises sont réclamées là où besoin est. Ces recommandations émanent de l'examen et de l'analyse de la littérature et d'une table ronde nationale qui a réuni, dans le cadre du présent projet, des professionnels et des praticiens des deux domaines (voir

annexe D). Les recommandations entrent dans cinq catégories: centre d'intérêt, programmes, politique, recherche, et dialogue et échange d'information.

CENTRE D'INTÉRÊT

1. L'approche philosophique globale devrait être recentrée davantage sur le renforcement des facteurs de protection chez l'individu, la famille et la collectivité, et moins sur les problèmes et les facteurs de risque. Jusqu'à présent, on s'est surtout intéressé dans les deux domaines au besoin de s'attaquer aux problèmes des gens, plutôt que de chercher à découvrir leurs forces et d'essayer d'en tirer parti. Le changement de cap proposé se présente comme suit :

- **du traitement vers la prévention,**
- de la maladie vers la santé,
- des drogues comme telles vers les contextes dans lesquels on y a recours,
- des facteurs de risque vers les facteurs de protection,
- **des déterminants de la maladie vers les déterminants de la santé et de la qualité de vie.**

Cette recommandation n'est ni unique ni nouvelle dans le domaine de la santé. Un mouvement en ce sens s'observe dans le débat sur les réformes de la santé et l'application de ces réformes dans tout le Canada. Toutefois, la recommandation doit être opérationnalisée, et ce n'est que si elle figure en tête des priorités d'action qu'elle pourra infléchir les décisions stratégiques et les programmes.

PROGRAMMES

2. Les efforts de promotion de la santé et de prévention dans les deux domaines devraient être combinés et revitalisés. L'importance accrue qui est accordée aux facteurs de protection et aux déterminants du bien-être doit s'accompagner d'un intérêt plus grand pour la promotion de ce bien-être. Des efforts sont absolument requis au niveau de la collectivité afin de réhabiliter la santé mentale et d'accroître la compréhension du public et le dialogue. Les conséquences multiples de l'intolérance et de l'injustice sociale qu'entraîne la stigmatisation peuvent nécessiter une campagne nationale comme remède.

Le milieu, physique et social, semble jouer un grand rôle dans la prévention et la résolution des problèmes. Comment créer et favoriser

un sentiment d'appartenance? Comment un sentiment d'appartenance renforcé se répercute-t-il sur la santé mentale de l'individu et de la famille, et sur l'usage de substances? Voilà d'autres questions pour le secteur de la promotion de la santé et de la prévention.

Les programmes de promotion de la santé pour le milieu scolaire, la famille et la collectivité ont besoin d'être revitalisés, et d'être soigneusement mis en oeuvre et évalués. Par le passé, les organismes intéressés à la promotion de la santé et à la prévention dans le domaine des toxicomanies et de la santé mentale oeuvraient chacun de leur côté. Pourtant, les facteurs qui contribuent au mieux-être dans l'un et l'autre de ces domaines se recoupent dans une large mesure. Des programmes visant à mettre en valeur la santé mentale et à réduire l'automédication nocive devraient être créés et appliqués. On pourrait faire valoir qu'un bon programme de promotion de la santé mentale est également un bon programme de prévention de l'abus de substances.

Par dessus tout, les deux domaines devraient faire front commun pour défendre et soutenir la mise en oeuvre stable et uniforme, la poursuite et la revitalisation périodique des efforts. Les nouvelles mesures devraient s'éloigner de l'approche de la simplification — qui ramène les déterminants de la détresse psychologique ou l'usage de substances à des facteurs de risque — pour se diriger vers une approche expansive qui prend en considération l'ensemble des facteurs contribuant au bien-être. Cette approche devra forcément tenir compte des besoins différents des diverses cultures et de divers groupes de population.

3. Les praticiens et les décideurs des deux systèmes de soins devraient songer à des façons d'unir leurs efforts et d'éviter que les services ne fassent double emploi. Faire converger deux systèmes de soins qui ont évolué séparément, et dont les buts, les philosophies et les modalités de traitement diffèrent, pose plus d'un défi. Cependant, il n'est guère logique de traiter la maladie mentale et la toxicomanie comme des problèmes isolés, ou de faire passer les gens d'un service à l'autre. Par contre, aucun domaine ne doit simplement absorber l'autre, ce qui ne serait pas approprié non plus. Un dialogue sain sur la formation, les structures, les champs d'action et la responsabilité serait particulièrement utile à l'heure actuelle. Les universités et les collèges pourraient créer des programmes de certificat afin de préparer des gens, à tous les paliers, devant posséder les aptitudes et les compétences nécessaires pour jouer un rôle directeur dans la collaboration entre ces deux domaines et leur convergence.

UN DIALOGUE SAIN SUR LA FORMATION, LES STRUCTURES, LES CHAMPS D'ACTION ET LA RESPONSABILITÉ SERAIT PARTICULIÈREMENT UTILE À L'HEURE ACTUELLE.

POLITIQUE

4. Une politique sociale et une politique de la santé qui reconnaissent les effets négatifs du chômage, de la pauvreté et de l'insécurité sont nécessaires, particulièrement au moment où les coupures budgétaires sont importantes, et le climat économique, difficile. Il semble actuellement que les mises à pied et les réductions de personnel soient un outil de choix pour réduire le déficit. La politique économique va donc à l'encontre de la politique de la santé. Les problèmes en ce qui concerne tant l'usage de substances que la santé mentale sont dans une grande mesure exacerbés par le chômage, la pauvreté et l'insécurité. La politique de la santé et la politique sociale doivent reconnaître que ces forces font augmenter non seulement les coûts humains, mais aussi les coûts économiques, et peuvent aller à l'encontre des mesures d'austérité. De plus, une politique sociale qui favorise la santé et une politique de la santé qui tient compte des préoccupations sociales permettent la prise en charge des principaux déterminants environnementaux de la santé, ce qui est impossible par des programmes axés sur l'acquisition de compétences et la modification du comportement.

LES PROBLÈMES EN CE QUI CONCERNE TANT L'USAGE DE SUBSTANCES QUE LA SANTÉ MENTALE SONT DANS UNE GRANDE MESURE EXACERBÉS PAR LE CHÔMAGE, LA PAUVRETÉ ET L'INSÉCURITÉ.

RECHERCHE

5. Les priorités et l'approche de la recherche doivent être recentrées. En particulier, l'intensification de la recherche sur les facteurs de protection dans l'usage de substances, et sur ceux qui concourent à une santé mentale optimale, permettrait une compréhension plus pondérée des deux domaines. La recherche qui examine l'usage de substances comme autre chose qu'un problème devrait être encouragée. La recherche collective devrait sous-tendre tous les projets pilotes qui visent à explorer les liens entre les deux domaines. Des recherches longitudinales bien conçues et suffisamment financées sont essentielles au Canada, en ce qui concerne tant l'usage de substances que la santé mentale, et ce dans chacun des domaines séparément ainsi que là où ceux-ci se recoupent clairement. L'accent devrait être mis davantage sur la recherche qualitative et participative par opposition aux méthodes quantitatives traditionnelles. Cet aspect est particulièrement important si nous voulons mieux comprendre l'usage de substances et la santé mentale dans leurs contextes culturels et sociaux, et améliorer notre capacité d'intervention dans ces champs. Enfin, il faudrait encourager les projets de recherche appliquée et les axes de recherche qui peuvent permettre de répondre aux besoins exprimés dans le cadre d'une consultation et d'un dialogue ouverts. Des recherches

à contrat sur des thèmes précis sont nécessaires, plutôt que des recherches subventionnées sur des thèmes importants pour des chercheurs particuliers.

DIALOGUE ET ÉCHANGE D'INFORMATION

6. Des mesures qui favorisent le dialogue et l'échange d'information dans des secteurs de coopération et de collaboration potentielles entre les deux domaines devraient être encouragées. Par exemple, Santé Canada pourrait commanditer une série de monographies sur l'usage de substances et la santé mentale qui traiteraient des rapports sur le plan de la philosophie, de la théorie, de la promotion, de la prévention et du traitement, préférablement dans le contexte canadien. Des résumés et des synopsis intelligibles des recherches pertinentes et des réussites au chapitre de la promotion, de la prévention et du traitement devraient être inclus. Les associations professionnelles de la santé pourraient être invitées à parrainer des ateliers et des conférences portant sur des aspects particuliers des liens entre la consommation d'alcool et de drogue et la santé mentale. Des exemples de sujets sont l'étude de solutions de rechange au modèle axé sur la maladie et la clarification des limites du trouble mixte. Les intéressés de tous les secteurs devraient être invités à collaborer et à contribuer à un langage commun, à des buts communs, et à des stratégies d'intervention efficaces. Des mécanismes visant à encourager l'échange de programmes et de recherches doivent être mis au point. Dans l'analyse de la littérature effectuée aux fins du présent projet, il est apparu que la recherche et les activités canadiennes en matière de santé mentale et d'usage de substances produisent énormément d'informations qui ne sont pas diffusées et qui sont difficilement accessibles. Il est essentiel de remédier à cette situation.

Des initiatives du genre aideraient à jeter par terre les barrières entre les domaines de la santé mentale et de l'usage de substances, à bâtir la confiance, et à mettre en commun la créativité et l'autorité.

Reconnaître les liens entre l'usage de substances et la santé mentale, et en tirer parti au bénéfice des Canadiens et des Canadiennes, pose de nombreux défis. Les enjeux sont complexes et les deux domaines se recoupent de multiples façons. Continuer d'opérer plus ou moins en solo et insister sur les problèmes, les risques et les traitements peut sembler plus facile, mais compte tenu de l'importance fondamentale de la santé mentale pour le bien-être de tous les Canadiens, et de la réalité de la consommation de substances sous une myriade de formes dans la culture canadienne, il importe de trouver des moyens d'attaquer les deux

RECONNAÎTRE LES LIENS ENTRE L'USAGE DE SUBSTANCES ET LA SANTÉ MENTALE, ET EN TIRER PARTI AU BÉNÉFICE DES CANADIENS ET DES CANADIENNES, POSE DE NOMBREUX DÉFIS.

problèmes avec optimisme, vitalité et créativité. Chercher des moyens de collaboration et de coopération s'impose comme la voie à suivre. Face aux réalités socio-économiques actuelles, mettre en doute les opinions et les méthodes consacrées et trouver des approches novatrices devient non seulement opportun, mais essentiel.

ANNEXE

DÉFINITIONS

Les quelques définitions suivantes de termes relatifs à l'usage de substances ont été utilisées dans le présent document:

Abus de substances, selon la définition donnée par l'Organisation mondiale de la santé dans son *Lexicon of Alcohol and Drug Terms* (Lexique sur les termes liés à l'alcool et aux drogues):

[Traduction] «[...] mode de consommation inapproprié, caractérisé par.. la poursuite de la consommation, même si le sujet est conscient d'être en proie à un problème persistant ou récurrent d'ordre social, professionnel, psychologique ou physique, qui est causé ou exacerbé par l'usage [ou par l'usage récidivant], dans des situations où celui-ci est physiquement dangereux (p. 4)».

Usage de substances : la consommation de toute substance psychotrope, dont le tabac, l'alcool, les médicaments en vente libre et vendus sur ordonnance, les drogues illicites, les solvants et les produits pour inhalation. Cette consommation comprend aussi bien l'abstinence qu'une consommation occasionnelle ou régulière, une consommation fréquente et excessive, jusqu'à l'abus de substances. On peut également parler de **consommation de substances**.

Consommation excessive d'alcool et de drogue : usage non approprié et impropre — dans le contexte — de toute substance qui comporte des conséquences très néfastes ou potentiellement graves pour l'individu ou autrui.

Consommation responsable d'alcool et de drogue : usage approprié et convenable — dans le contexte — de n'importe quelle substance. Dans certains cas, cet usage est défini de façon subjective en fonction de normes individuelles et sociales; dans d'autres, il est défini objectivement par des lois.

Dépendance d'un comportement : compulsion à accomplir une action (par exemple le jeu) qui engendre des problèmes d'ordre médical ou financier et/ou qui devient incontrôlable, le non-accomplissement de cette action étant associé à une sensation de malaise.

Réduction du tort : sous-entend la réduction du tort qui résulte de la consommation d'alcool et de drogue. Il s'agit de réduire non seulement les niveaux de consommation, mais encore les conséquences indésirables sur le plan de la santé ou le plan social (ex.: réduire le risque d'infection par des programmes d'échange de seringues).

Toxicomanie : se produit selon Peele (1983) quand l'attachement d'une personne à une sensation ou à un objet réduit son appréciation d'autres éléments, ou sa capacité de faire face à d'autres éléments, du fait d'une dépendance de plus en plus grande de l'expérience associée à la sensation ou à l'objet en question.

Les définitions de la santé mentale pertinentes aux fins du présent document de travail ont été puisées dans *La Santé mentale des Canadiens: vers un juste équilibre* (1988):

Problème de santé mentale : perturbation des rapports entre la personne, le groupe et l'environnement. (p. 8)

Santé mentale minimale : désaccord entre les facteurs liés à l'individu, au groupe et à l'environnement, ce qui provoque une détresse subjective, une détérioration ou un développement inadéquat des capacités mentales, une incapacité d'atteindre les buts visés, des comportements destructeurs, et une consécration des inégalités. (p. 9)

Santé mentale optimale : interaction efficace des facteurs liés à l'individu, à la collectivité et à l'environnement, ce qui contribue à assurer le bien-être subjectif, l'utilisation et le développement optimaux des capacités mentales, la réalisation de buts justes, et des conditions d'égalité fondamentale. (p. 9)

Trouble mental : maladie caractérisée, qui peut être diagnostiquée et qui entraîne une détérioration marquée des capacités cognitives, affectives ou relationnelles de l'individu. (p. 8)

BIBLIOGRAPHIE

Association canadienne pour la santé mentale et Santé Canada. 1995. *La dépression: aperçu de la littérature*. Ottawa: Santé Canada.

Bland, R. 1988. Prevalence of mental disorder. *Annales - CRMCC*, 21 (2), 89-93.

Cooper, M.; Corrado, R.; Karlberg, A. et Pelletier Adams, L. 1992. Le suicide chez les autochtones de la Colombie-Britannique. *Santé mentale au Canada*, 40 (3), 20-25.

de Bruyn, T 1994. *Indicateurs de la qualité des soins et des résultats dans le domaine de la santé mentale: introduction à la littérature*. Ottawa: Santé Canada.

Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth ed. 1994. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

Eisenberg, D. 1993. Medicine in Mind/Body Culture. In B. Moyers, *Healing and the mind*. Toronto: Doubleday.

Fleming, M.; and Barry, K. 1992. *Addictive disorders*. Toronto: Mosby Year Book.

Gregory, R. (Ed.). 1993. *Le cerveau, un inconnu: dictionnaire encyclopédique*. Paris: Robert Laffont.

Groeneveld, J.; and Shain, M. 1989. *Drug use among victims of physical and sexual abuse*. Toronto: Fondation de la recherche sur la toxicomanie.

Kime, R. 1992. *Mental health*. Sluice Dock, Guilford, Conn: The Dushkin Publishing Group.

King, A.; and Coles, B. 1992. *Nos jeunes, leur santé: opinions et comportements des 11, 13 et 15 ans au Canada et dans 10 autres pays*. Ottawa: Santé et Bien-être social Canada.

McEwan, K.; Donnelly, M.; Robertson, D. et Hertzman, C. 1991. *Troubles mentaux chez les personnes âgées au Canada: considérations d'ordre démographique et épidémiologique*. Ottawa: Santé et Bien-être social Canada.

Moos, R.H.; Finney, J.W.; and Cronkite, R.C. 1990. *Alcoholism treatment, contexte process & outcome*. New York: Oxford University Press.

- Oetting, E.R.; and Beauvais, F. 1991. Critical Incidents: Failure In Prevention. *The International Journal of the Addictions*, 26 (7), 797-820.
- Peele, S. 1983. *The science of expérience: A direction for psychology*. Toronto: Lexington Books.
- Restak, R. 1991. *The brain has a mind of its own: Insights from a practicing neurologist*. Toronto: Random House.
- 1986. *The mind*. Toronto: Bantam Books.
- Riley, D. (Ed.). 1993. *Dual disorders, alcoholism, drug dependence and mental health*. Ottawa: Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
- Rowe, C. 1989. *An outline of psychiatry*. 9th ed. Dubuque, Iowa: Wm. C. Brown.
- Sanchez-Craig, M.; Wilkinson, D.A.; and Walker, K. 1987. Theory and Methods for Secondary Prevention of Alcohol Problems: A Cognitively Based Approach. In W.M. Cox (Ed.), *Treatment and prevention of alcohol problems: A resource manual*. New York: Academic Press (pp. 287-331).
- Santé et Bien-être social Canada. 1992. *L'efficacité des programmes de prévention et de réhabilitation de l'alcoolisme et d'autres toxicomanies*. Ottawa: Ministère des Approvisionnement et Services.
- 1990. *Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues (1989): points saillants*. Ottawa: Santé et Bien-être social Canada.
- 1989. *Action santé, alcool, tabac et marijuana*. Ottawa: Santé et Bien-être social Canada.
- 1988. *La santé mentale des Canadiens: vers un juste équilibre*. Ottawa: Santé et Bien-être social Canada.
- Small, S.; Silverberg, S.; and Kerns, D. 1993. Adolescents' Perceptions of the Costs and Benefits of Engaging in Health-Coniproinising Behaviours. *Journal of Youth and Adolescence*, 22 (1), 73-87.

EXPLORER LES LIENS
ENTRE LA SANTÉ MENTALE ET
L'USAGE DE SUBSTANCES

SECTION
II

Table ronde

Du 22 au 24 mars 1995
Place Minto Suite Hotel, Ottawa

REMERCIEMENTS

Santé Canada souhaite remercier tous ceux qui ont participé à la table ronde organisée à Ottawa, du 22 au 24 mars 1995. L'échange sincère et constructif des points de vue et des expériences qui a eu lieu au cours de cet exercice a été grandement apprécié. Nous remercions ceux qui nous ont fait bénéficier de leur expertise dans certains domaines utiles et intéressants, ainsi que les consommateurs qui nous ont fait partager leurs expériences personnelles.

Nous remercions en particulier Pat Allan, Aurella Beach, Heather Black, Lorraine Cantlie, Maureen Crocken, Michael Egilson, Pauline Fisher, Alayne Hamilton, David Hodgins, Murray Kelly, Michel Landry, Stephen Lurie, Ross Norman, Philip Perry, Tom Payette, Margaret Render, Helen Ross, Kellie Schriver, Murray Sillito, Rajpal Singh et Herb Thompson.

Nous sommes particulièrement reconnaissants à Louise Nadeau, qui a animé les rencontres avec beaucoup de professionnalisme et un sens de l'humour remarquable.

Nos remerciements vont également à Colleen Hood, Gillian Leigh, Colin Mangham et Don McGuire, de l'Atlantic Health Promotion Research Centre (Centre de recherche sur la promotion de la santé de l'Atlantique), qui nous ont livré les conclusions de leur analyse approfondie des publications dans le domaine de la santé mentale et de l'usage de substances.

Enfin, nous remercions tout spécialement l'équipe de Santé Canada qui a organisé la rencontre: Virginia Carver, Natacha Joubert, Lyn Taylor et Ivy Williams.

On trouvera à l'annexe A la liste complète des participants, ainsi que leur adresse et leur numéro de téléphone.

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|----|
| INTRODUCTION | 57 |
| SÉANCE INAUGURALE : PRÉSENTATIONS ET VUE D'ENSEMBLE | 58 |
| LES FACTEURS DE RISQUE ET LES FACTEURS DE PROTECTION COMMUNS À LA SANTÉ MENTALE ET À L'USAGE DE SUBSTANCES | |
| Ce que nous apprennent les publications | 59 |
| Ce que nous apprend l'expérience: adapter la théorie à la réalité | 61 |
| Vers de nouvelles approches: les conséquences pour la recherche, les politiques, les programmes et la prestation des services | 65 |
| LES TROUBLES MIXTES ET LEUR TRAITEMENT | |
| Ce que nous apprennent les publications | 69 |
| Ce que nous apprend l'expérience: adapter la théorie à la réalité | 70 |
| Vers de nouvelles approches : les conséquences pour la recherche, les politiques, les programmes et la prestation des services | 73 |
| CONCLUSION | 78 |
| ANNEXES | |
| A. <i>Liste des participants</i> | 79 |
| B. <i>Ordre du jour</i> | 83 |
| C. <i>Questions à discuter</i> | 85 |

INTRODUCTION

La table ronde «*Explorer les liens entre la santé mentale et l'usage de substances*» s'est déroulée à Ottawa du 22 au 24 mars 1995. Cette rencontre s'inscrit dans le cadre d'un projet de Santé Canada visant à accroître la sensibilisation aux questions intéressantes à la fois la santé mentale et l'usage de substances. Ce projet a été mis sur pied en vue d'élaborer d'une approche plus intégrée et plus globale des politiques, de la recherche, des services et des programmes en matière de santé mentale et d'usage de substances. Il a donné naissance aux publications suivantes, disponibles auprès de Santé Canada:

- *Explorer les liens entre la santé mentale et l'usage de substances: Bibliographie annotée;*
- *Explorer les liens entre la santé mentale et l'usage de substances: Analyse détaillée de la littérature;*
- *Explorer les liens entre la santé mentale et l'usage de substances: Document de travail.*

Pour déterminer dans quelle mesure l'information répertoriée par l'analyse documentaire répondait aux préoccupations et aux besoins des secteurs de la santé mentale et de l'usage de substances, furent réunis à cette table ronde, des experts et des praticiens des deux domaines. Ont donc participé à cet exercice des chercheurs, des décideurs, des responsables de programmes, des conseillers et des consommateurs en matière de services de prévention, de promotion de la santé et de traitement dans ces deux champs d'activité.

Concrètement, les objectifs étaient les suivants: analyser les résultats de la recherche documentaire et en discuter; prendre conscience de ce qui fonctionne ou ne fonctionne pas au niveau des pratiques cliniques et communautaires du pays; exprimer ses préoccupations et ses espoirs pour l'avenir; enfin, explorer des approches pluridisciplinaires, novatrices et concertées pour mieux faire face aux questions émergentes.

Les principales questions répertoriées par la recherche et l'analyse documentaires ont constitué la base des discussions. Les points saillants de la table ronde sont mentionnés dans le document de travail susmentionné.

Le présent document est un compte rendu des travaux de la table ronde. La liste des participants, l'ordre du jour et la liste des questions à discuter sont joints en annexe.

SÉANCE INAUGURALE

PRÉSENTATIONS ET VUE D'ENSEMBLE

Lors de la soirée d'ouverture, l'animatrice a souhaité la bienvenue à tous les participants et participantes et a passé en revue le but de la table ronde.

Les participants et participantes se sont ensuite présentés et ont décrit leur intérêt dans les domaines de la santé mentale et de l'usage de substances. Par après, Colin Mangham, de la *Atlantic Health Promotion Research Centre* a donné un aperçu de l'ensemble du projet et des défis que présente l'étude des vastes domaines de la santé mentale et l'abus de substances.

LES FACTEURS DE RISQUE ET LES FACTEURS DE PROTECTION COMMUNS

À LA SANTÉ MENTALE ET À L'USAGE DE SUBSTANCES

CE QUE NOUS APPRENNENT LES PUBLICATIONS

À l'issue de l'analyse documentaire, Colleen Hood et Don McGuire présentent les conclusions suivantes:

- Dans les publications, on ne retrouve pas de définition cohérente d'expressions comme *substance use* (usage de substances), *abuse* (abus), *self esteem* (estime de soi), *mental health* (santé mentale) et *mental illness* (maladie mentale). D'une étude à l'autre, les mêmes mots font référence à des concepts différents.
- La majorité des études sont de nature corrélationnelle et, partant, se contentent d'indiquer la possibilité d'une relation. Il est impossible d'en déduire des conclusions ou des inférences de nature causale.
- La durée des études «longitudinales» peut varier de trois mois à dix ans.
- Dans les publications, l'accent est mis sur les facteurs qui exposent les individus à des risques sur les plans de la santé mentale de l'usage de substances. Toutefois, la majorité des individus Réprouvent pas ce genre de problèmes.
- Les problèmes, aux premiers stades, restent en général non traités. On n'intervient que lorsque les conséquences sont graves.
- Les problèmes, aux premiers stades, restent en général non traités. On n'intervient que lorsque les conséquences sont graves.

LES PROBLÈMES, AUX PREMIERS STADES, RESTENT EN GÉNÉRAL NON TRAITÉS. ON N'INTERVIENT QUE LORSQUE LES CONSÉQUENCES SONT GRAVES.

- Sur le plan des différences entre les sexes, l'alcoolisme est plus fréquent chez les hommes et la dépression prévalante chez les femmes.
- Les facteurs contextuels tels que les conditions sociales et économiques influent sur les taux d'invalidité et sur le pronostic.
- Il arrive parfois que des troubles mentaux et des problèmes liés à l'usage de substances se manifestent simultanément. Par exemple, dépression et consommation élevée d'alcool, ou encore dépression et tabagisme.

- Certains troubles mentaux constituent des facteurs de risque pour des problèmes liés à l'usage de substances, et vice-versa. Par exemple, faible autoefficacité, anxiété et consommation de tranquillisants.
- Les facteurs externes tels que la violence familiale, la violence sexuelle et la pauvreté semblent être des facteurs de risque à la fois vis-à-vis de la santé mentale et de l'usage de substances.
- Les facteurs de protection communs d'adaptation, l'endurance et le soutien social.

Facteurs de risque

Les auteurs présentent ensuite les facteurs de risque, qu'ils classent en trois catégories principales. Ils rappellent aux participants que, d'après les ouvrages, les facteurs de risque et les facteurs de protection se situeraient aux extrémités opposées du même continuum.

Influences socio-culturelles et communautaires

- **Performance scolaire**, où s'exercent des facteurs comme la désaffection, la formation de liens sociaux, les résultats scolaires, le stress et l'adaptation.
- **Normes et attentes sociales** en ce qui concerne la consommation de drogue, influencées par des facteurs comme les convictions culturelles sur les comportements appropriés et l'apprentissage social.
- **Situation socio-économique**

Influence de la famille et des pairs

- **Facteurs familiaux** : soutien et autorité des parents, cohésion familiale, adaptabilité, relations parents-enfants, adaptation au stress, attitude des parents vis-à-vis de la consommation de drogue, connaissance qu'a l'enfant de la consommation de drogue par les parents, antécédents familiaux de consommation de drogue et d'alcool, approche en matière de résolution des conflits, violence familiale.
- **Influence des pairs** : types de relations avec les pairs, soutien social, pression et influence exercée par les pairs, étendue des réseaux d'amis, consommation de drogue par les pairs.

Facteurs intra-individuels

- Estime de soi
- Autoefficacité (p. ex., modèle de prévention des rechutes de Marlatt)
- Source de contrôle (interne ou externe, global ou spécifique)
- Attentes reliées aux drogues
- Stress et capacité d'adaptation
- Solitude
- Caractéristiques de la personnalité: recherche de sensations, tolérance vis-à-vis de la déviance, mépris des moeurs sociales, non-conformisme, insubordination, indépendance, impulsivité, tendance à l'ennui, désinhibition.

Les présentateurs soumettent les trois questions suivantes, à l'examen des participants :

1. Dans les études, on a tendance à isoler les individus de leur contexte. Dans quelle mesure les informations présentées dans les publications s'appliquent-elles aux individus dans le contexte de leur vécu et de leur milieu?

DANS LES ÉTUDES, ON A TENDANCE À ISOLER LES INDIVIDUS DE LEUR CONTEXTE.

2. Dans bon nombre d'études, on se penche séparément sur les facteurs de risque et de protection vis-à-vis de la santé mentale et de l'usage de substances. Comment composer avec tous les facteurs et toutes les variables qui influent sur la santé mentale et l'usage de substances?
3. Comment éviter de mettre l'accent sur les facteurs de risque négatifs et sur l'intervention après l'apparition des problèmes? Comment faire pour concentrer davantage les efforts sur la promotion de la santé et la prévention? Comment faire pour aider les individus à adopter et à conserver un mode de vie sain?

CE QUE NOUS APPREND L'EXPÉRIENCE

À l'issue de la présentation, les participants examinent l'information en main à la lumière de leur vécu quotidien. Pour orienter le débat portant sur les facteurs de risque et de protection, on examine uniquement l'extrémité du continuum constituée par la prévention et la promotion de la santé. Plutôt que de se concentrer sur les personnes souffrant de maladie mentale ou de problèmes liés à la toxicomanie, on s'intéresse à l'ensemble de la population. Les questions ayant trait aux aspects cliniques et thérapeutiques sont abordées lors de la deuxième journée des travaux.

Facteurs de protection communs

De l'avis des participants, les facteurs de protection sont les suivants:

- **«L'attitude face à la vie»** est considérée comme un facteur de protection primordial par plusieurs participants. Les enfants doivent se considérer comme des êtres compétents et capables de contrôle. Les parents doivent apprendre à leurs enfants à relever les défis et à accepter le fait qu'ils rencontreront des problèmes au cours de leur vie. Les enfants capables d'agir dès leur plus jeune âge sont mieux protégés.

LES PARENTS DOIVENT APPRENDRE À LEURS ENFANTS À RELEVER LES DÉFIS ET À ACCEPTER LE FAIT QU'ILS RENCONTRERONT DES PROBLÈMES AU COURS DE LEUR VIE.

- **La famille**, et cela ressort clairement de l'analyse documentaire, joue un rôle crucial et peut constituer un facteur de protection extrêmement puissant. Comme elle constitue pour l'enfant la source première de valeurs et de modèles de comportement, tout doit être mis en oeuvre pour faire en sorte qu'elle soit «en bonne santé». C'est également la famille qui supporte le fardeau dans les périodes de crise ou d'adversité.
- **Les valeurs** constituent aux yeux des répondants un facteur de protection appréciable. Les individus, et en particulier les enfants, ont besoin de valeurs clairement définies, de modèles de rôle et d'exemples de comportements appropriés. Toutefois, plusieurs participants soulignent l'impossibilité d'imposer des valeurs à l'échelle universelle. Les valeurs sont en général abordées du point de vue d'une culture dominante, ce qui n'est pas toujours approprié. Par exemple, pour trouver des solutions aux problèmes des collectivités autochtones, il faut tenir compte de leur culture et de leur réalité. De même, dans le bassin méditerranéen et dans certains pays européens, l'alcoolisme mondain et l'abus d'alcool ne sont pas perçus de la même façon qu'en Amérique du Nord.
- **Les revenus élevés et l'éducation** sont également, pour de nombreux participants, des déterminants importants de la santé globale.
- **Les collectivités caractérisées par la sollicitude et l'entraide** jouent un rôle protecteur. La collectivité peut être un facteur de protection en aidant l'individu à tisser des liens et à rompre son isolement. La participation aux programmes des centres communautaires peut donner un sentiment d'appartenance. Un des participants décrit un programme en Saskatchewan dans le cadre duquel des jeunes mères célibataires sont chacune associées à une «marraine» qui leur prodigue un appui quotidien afin de renforcer leur estime personnelle, leur donne des conseils financiers et les aide à se sentir plus intégrées dans la collectivité.

- **l'information** est considérée comme un facteur de protection essentiel. Pour faire des choix judicieux, il faut pouvoir s'appuyer sur des informations fiables. Toutefois, la base nécessaire d'informations fait parfois défaut.

Facteurs de risque communs

On aborde ensuite la question des facteurs de risque. Même si les participants sont conscients des effets de la consommation d'alcool et d'autres drogues sur les personnes souffrant de troubles mentaux graves, l'essentiel de la discussion se limite aux liens entre les problèmes mentaux moins graves et l'usage de substances. Plusieurs facteurs de risque communs sont avancés :

1. **Vulnérabilité génétique et biologique**, par exemple syndrome d'alcoolisme foetal; antécédents familiaux de toxicomanie ou de troubles mentaux, par exemple, la schizophrénie.
2. **Vulnérabilité psychosociale et économique**, par exemple, violence familiale d'ordre physique, affective ou sexuelle; isolement; perturbation de la structure familiale étendue (en particulier chez les autochtones et les immigrants); perte de l'identité culturelle, linguistique et traditionnelle; pauvreté et perte de l'espoir.
3. **Pratiques professionnelles et disponibilité des services**, par exemple, assimilation à tort des symptômes de la toxicomanie à des signes du vieillissement; «médicalisation» des questions psychosociales, en particulier pour les personnes âgées et les femmes; pharmacodépendance engendrée par une prescription excessive de médicaments; intervention inadéquate ou inappropriée; inaccessibilité ou inexistence des programmes appropriés sur le plan culturel.
4. **Attitudes négatives**, par exemple tendance à transformer en «sermons» certains messages de promotion de la santé; stigmates associés aux troubles mentaux et aux problèmes liés à la consommation de substances; attitude négative à l'égard des différences socioculturelles.

Mises en garde

En dépit d'un consensus général sur l'importance de mettre davantage l'accent sur les facteurs de protection et la prévention, les participants expriment plusieurs préoccupations et formulent plusieurs mises en garde.

- **L'information** est considérée comme un facteur de protection essentiel. Pour faire des choix judicieux, il faut pouvoir s'appuyer sur des informations fiables. Toutefois, la base nécessaire d'informations fait parfois défaut.

Facteurs de risque communs

On aborde ensuite la question des facteurs de risque. Même si les participants sont conscients des effets de la consommation d'alcool et d'autres drogues sur les personnes souffrant de troubles mentaux graves, l'essentiel de la discussion se limite aux liens entre les problèmes mentaux moins graves et l'usage de substances. Plusieurs facteurs de risque communs sont avancés :

1. **Vulnérabilité génétique et biologique**, par exemple syndrome d'alcoolisme foetal; antécédents familiaux de toxicomanie ou de troubles mentaux, par exemple, la schizophrénie.
2. **Vulnérabilité psychosociale et économique**, par exemple, violence familiale d'ordre physique, affective ou sexuelle; isolement; perturbation de la structure familiale étendue (en particulier chez les autochtones et les immigrants); perte de l'identité culturelle, linguistique et traditionnelle; pauvreté et perte de l'espoir.
3. **Pratiques professionnelles et disponibilité des services**, par exemple, assimilation à tort des symptômes de la toxicomanie à des signes du vieillissement; «médicalisation» des questions psychosociales, en particulier pour les personnes âgées et les femmes; pharmacodépendance engendrée par une prescription excessive de médicaments; intervention inadéquate ou inappropriée; inaccessibilité ou inexistence des programmes appropriés sur le plan culturel.
4. **Attitudes négatives**, par exemple tendance à transformer en «sermons» certains messages de promotion de la santé; stigmates associés aux troubles mentaux et aux problèmes liés à la consommation de substances; attitude négative à l'égard des différences socioculturelles.

Mises en garde

En dépit d'un consensus général sur l'importance de mettre davantage l'accent sur les facteurs de protection et la prévention, les participants expriment plusieurs préoccupations et formulent plusieurs mises en garde.

Une des difficultés associées à l'approche de la promotion de la santé est de **trouver comment atteindre les personnes qui ont le plus besoin d'aide**. Plusieurs participants soulignent que les informations et les services sont plus accessibles à ceux qui en ont le moins besoin. L'information doit être accessible à tous les groupes, incluant les individus aux prises avec des difficultés mentales ou souffrant de troubles mentaux graves. De l'avis de tous les participants, c'est durant une crise, lorsque l'individu est contraint de chercher de l'aide, que le moment est le plus approprié pour introduire les messages de prévention et informer.

Les ressources limitées sont un autre obstacle mentionné par les participants. À l'heure actuelle, l'essentiel des ressources va aux personnes souffrant de maladies mentales graves. De nombreux participants estiment qu'il faudrait orienter davantage de ressources vers la prévention, mais certains sont réticents à cet égard. On s'inquiète du risque de commettre une injustice vis-à-vis d'«individus qui sont légitimement en droit de bénéficier de soins de santé», en particulier dans un contexte de raréfaction des ressources. Les considérations financières ont également un impact sur les activités de recherche: la plupart des publications traitent d'études corrélationnelles parce que les chercheurs ne disposent pas de fonds suffisants pour mener des études longitudinales.

Des intervenants soulèvent le problème du «statut de malade» créé par «**l'industrie de la maladie**». Une telle approche peut nuire à la résistance des individus et à leur capacité d'élaborer des mécanismes d'adaptation. Un représentant fait observer que les spécialistes contribuent au problème et qu'ils devraient modifier leur approche.

Les **stigmates et l'ostracisme** associés à la maladie mentale, à la toxicomanie et à la dépression découragent les individus de demander de l'aide dès le début.

LES STIGMATES ET L'OSTRACISME ASSOCIÉS À LA MALADIE MENTALE, À LA TOXICOMANIE ET À LA DÉPRESSION DÉCOURAGENT LES INDIVIDUS DE DEMANDER DE L'AIDE DÈS LE DÉBUT.

Les participants concluent en insistant sur la nécessité de **diversifier les interventions**. Il faut intervenir sur le plan de la politique pour la majorité et sur le plan individuel pour les personnes souffrant de troubles mentaux et de problèmes liés à l'usage de substances. La démarche à suivre pour prévenir les troubles mentaux et les problèmes liés à l'usage de substances n'est pas la même que celle qui vise à traiter les personnes souffrant de problèmes graves.

VERS DE NOUVELLES APPROCHES : LES CONSÉQUENCES POUR LA RECHERCHE, LES POLITIQUES, LES PROGRAMMES ET LA PRESTATION DES SERVICES

L'animatrice demande ensuite aux participants de s'intéresser aux points soulevés lors du débat sur la promotion de la santé et la prévention dans le contexte de la recherche, des politiques, des programmes et de la prestation des services.

Recherche

En ce qui concerne la recherche, les participants font les remarques suivantes :

- La recherche devrait comporter un volet participatif, de sorte que les personnes puissent être des partenaires plutôt que des «sujets».
- Dans la recherche, on devrait mettre l'accent sur l'efficacité à long terme des services et des programmes existants. Par exemple, nous n'en savons pas suffisamment sur l'efficacité des programmes scolaires et de leurs mécanismes d'exécution; il faudrait faire davantage de recherches sur l'efficacité des programmes d'initiative personnelle et d'entraide.
- Les programmes devraient être évalués par des chercheurs indépendants. Les chercheurs pourraient aider les prestataires de services et de programmes à intégrer des éléments d'évaluation dans les programmes.
- Il faut élaborer des stratégies pour la diffusion efficace des résultats des recherches. Il arrive souvent que les résultats de certaines études utiles ne soient pas publiés dans les revues professionnelles.
- Les chercheurs et les prestataires de services ayant des intérêts similaires devraient former des réseaux d'information et s'appuyer sur ce qui a déjà été fait, plutôt que travailler chacun de leur côté.
- La collectivité devrait avoir accès aux résultats des recherches afin de les utiliser à titre d'outils de planification stratégique.
- Il faut améliorer la diffusion de l'information sur les déterminants des troubles mentaux et des problèmes liés à l'usage de substances, comme le logement et le chômage.
- On dispose de très peu de données sur l'efficacité des services et des programmes au sein des collectivités autochtones. Il faut trouver de

IL FAUT TROUVER DE NOUVEAUX MOYENS D'EFFECTUER LES RECHERCHES, EN ASSOCIANT LES COLLECTIVITÉS AUTOCHTONES A LEUR PLANIFICATION ET A LEUR MISE EN OEUVRE.

nouveaux moyens d'effectuer les recherches, en associant les collectivités autochtones à leur planification et à leur mise en oeuvre.

- Il faut étudier les différences, sur le plan de la prestation des programmes et des services, entre les régions rurales et urbaines. Bon nombre de programmes qui ont fait leurs preuves dans des collectivités importantes ne peuvent être transposés efficacement dans des régions moins peuplées.
- Les chercheurs doivent se pencher sur le rôle de la collectivité en tant que facteur de protection ou de risque. Il faut étudier les interventions dans le milieu et leurs répercussions sur le plan des politiques afin d'évaluer si elles sont plus efficaces que les interventions au niveau individuel. Par exemple, on peut se demander dans quelle mesure l'adoption de politiques municipales responsables sur l'alcool influe sur la santé de la collectivité.
- Les collectivités et les individus doivent faire l'objet d'un suivi à long terme sur 30 à 50 ans.
- Le soutien social est un secteur important pour la recherche, mais la satisfaction personnelle de chacun vis-à-vis de son propre soutien social revêt davantage d'importance que les indicateurs d'objectifs.
- Les chercheurs doivent se pencher sur la manière dont se développent les relations importantes avec les confidents et d'autres facteurs de protection tels que l'estime de soi et la capacité de résoudre des problèmes.
- Il faudrait effectuer des études sur la manière dont on pourrait généraliser les projets efficaces de démonstration et les rendre plus accessibles.
- Il est nécessaire de se pencher sur les problèmes de double-emploi des programmes et du manque d'échange d'information entre les chercheurs et les prestataires de services.
- Il faut mettre l'accent sur la recherche qualitative, plutôt que sur la recherche quantitative.

Politiques et programmes

Au chapitre des répercussions sur le plan des politiques et des programmes, les participants formulent les observations suivantes:

- Les politiques et les programmes doivent répondre aux besoins des clients, et non à ceux des prestataires de soins de santé. Traditionnellement, ce sont les professionnels de la santé qui décident de

LES POLITIQUES ET LES PROGRAMMES DOIVENT RÉPONDRE AUX BESOINS DES CLIENTS, ET
NON À CEUX DES PRESTATEURS DE SOINS DE SANTÉ.

l'orientation des politiques en matière de santé mentale et d'usage de substances.

«Nous devons replacer la santé au premier rang des objectifs de notre culture», affirme un participant. Nous devons mettre à contribution les consommateurs de services et leur famille pour la planification et la prestation des services.

Les participants reconnaissent que le modèle de promotion de la santé axé sur le client est non seulement plus efficace, mais aussi moins coûteux. Le rôle des professionnels doit devenir un rôle de transfert des compétences et du contrôle à l'individu. L'efficacité d'une telle évolution doit être validée par des recherches.

Les politiques devraient encourager l'intégration du traitement et de la prévention en vue d'une meilleure efficacité.

- Les politiques devraient viser davantage les «gardiens» et leur rôle au chapitre de la promotion de la santé mentale et de la prévention des problèmes liés à la consommation de substances. Par exemple, les omnipraticiens pourraient faire office de «gardiens» et interroger leurs patients sur leur isolement, leurs habitudes de consommation d'alcool, etc. Ils pourraient ainsi faire des suggestions afin de prévenir les crises.

Les «gardiens» doivent être davantage conscients des principaux déterminants de la santé. Les systèmes de justice pénale et d'éducation doivent être mis à contribution pour l'élaboration des politiques sur la santé mentale et l'usage de substances. Il faut faire en sorte que la violence conjugale, la santé mentale et l'usage de substances cessent d'appartenir à des domaines différents.

LES SYSTÈMES DE JUSTICE PÉNALE ET D'ÉDUCATION DOIVENT ÊTRE MIS À CONTRIBUTION POUR L'ÉLABORATION DES POLITIQUES SUR LA SANTÉ MENTALE ET L'USAGE DE SUBSTANCES.

- Au lieu de laisser les secteurs de compétence provincial et fédéral se renvoyer la balle, il faut élaborer des stratégies pour explorer les avenues de la concertation en matière de résolution de problèmes, d'affectation des ressources et de formation.
- Au lieu de fusionner les programmes et les services de santé mentale et d'usage de substances, il faudrait concevoir un modèle de partenariat. On pourrait regrouper les ressources afin de renforcer et de mettre en commun les programmes et les services ayant des buts similaires.
- Le financement devrait encourager les partenariats aux échelons national, provincial et local; toutefois, il faudrait prévoir des mécanismes permettant à chaque groupe de conserver son identité.

- Le gouvernement fédéral devrait encourager une politique officielle judicieuse favorisant l'efficacité des programmes et des dépenses. Une petite fraction seulement du budget des soins de santé est affectée à la santé mentale et à l'usage de substances. Il faut s'occuper de cette question. Quatre-vingt pour cent du budget de la santé mentale est consacré à l'hospitalisation. Les programmes dont le budget est le moins fourni sont plus vulnérables que les autres aux compressions financières.
- Les politiques devraient être basées sur des faits; toutefois, les décisions en matière de prévention et de promotion de la santé sont souvent dictées par des impératifs «politiques». Il existe de nombreuses incohérences: les politiques touchant la consommation d'alcool et les drogues illégales en sont un exemple. De plus, le public participant davantage à l'élaboration des programmes, les citoyens peuvent militer en faveur de changements politiques, tandis que les professionnels de la prévention et de la promotion de la santé se concentrent sur les programmes et la prestation de services.

LES TROUBLES MIXTES ET LEUR TRAITEMENT

Lors de la dernière journée, la discussion se concentre sur les troubles mixtes et sur leur traitement.

CE QUE NOUS APPRENNENT LES PUBLICATIONS

Gillian Leigh, de l'hôpital régional du Cap-Breton, ouvre la séance par une présentation des résultats de la recherche documentaire.

Pour la présentation, on a utilisé l'expression «troubles mixtes» pour décrire la présence concomitante de problèmes liés à l'usage de substances et de troubles mentaux. Les auteurs divisent les individus souffrant de troubles mixtes en quatre sous-groupes: a) maladie mentale grave et persistante accompagnée d'une dépendance; b) dépendance à l'égard de l'alcool ou d'autres drogues et symptômes de maladie mentale; c) trouble mental organique induit par une substance et problème actuel lié à l'usage de substances; d) trouble mixte à cause des antécédents, à savoir problème actuel lié à l'usage de substances et problème mental passé, ou inversement.

Selon les auteurs, le traitement comporte plusieurs composantes principales, à savoir: désintoxication complète, évaluation globale, diagnostic provisoire avec examen périodique, approche flexible en matière de traitement, abstinence à titre de but et non pas de condition au traitement, traitement à formule variable, traitement simultané des deux problèmes et soins consécutifs au traitement, incluant la gestion du cas, l'initiative personnelle et la participation de la famille.

La recherche documentaire a également permis de cerner les questions suivantes :

- Le diagnostic (incidence) dépend de la population étudiée.
- La recherche sur les issues est insuffisante.
- Le nombre d'études qui comparent les différentes méthodes de traitement est insuffisant.
- Dans les publications, l'accent est mis sur les clients les plus gravement atteints.

- Les questions relatives au sexe ne sont pas étudiées.
- Les questions culturelles ne sont pas abordées.
- Il est difficile de décider de la manière de procéder pour faire en sorte que les besoins différents de certaines catégories spéciales de la population soient pris en considération.
- Une divergence philosophique entre les services de lutte contre la toxicomanie et les services de santé mentale nuit à la mise en oeuvre des traitements.
- Les études sur les interactions et le maintien (les facteurs qui maintiennent la consommation de substances chez une personne souffrant d'une maladie mentale) font défaut.

CE QUE NOUS APPREND L'EXPÉRIENCE

Lors de la discussion faisant suite à la présentation, les participants s'entendent sur les trois points suivants :

- Les spécialistes en santé mentale et en toxicomanie doivent collaborer davantage afin de traiter efficacement les troubles mixtes.
- Les programmes et les services doivent être davantage axés sur le client, plus conviviaux et plus accessibles.
- Il convient de faire une plus large place au rôle des collectivités dans l'aide apportée aux personnes souffrant de troubles mixtes.

LES PROGRAMMES ET LES SERVICES DOIVENT ÊTRE DAVANTAGE AXÉS SUR LE CLIENT, PLUS CONVIVIAUX ET PLUS ACCESSIBLES.

Comme le souligne un participant: «en intervenant de façon judicieuse sur le plan psychosocial, en collaborant de manière adéquate avec les familles, en donnant aux individus des informations sur la maladie et en les aidant à accroître leur capacité d'adaptation, il est possible de réduire le taux de rechute, d'atténuer les symptômes et d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes. Ça marche!»

Au chapitre des problèmes actuels et des obstacles au changement, les participants dressent la liste suivante :

- L'existence de **lois différentes** régissant la prestation de services dans les domaines de la santé mentale et de la dépendance, la **concurrence sur le plan financier** et les **pratiques professionnelles contradictoires** sont autant de facteurs qui découragent la collaboration.
- On constate un **manque d'intégration** entre les deux sphères d'activité ainsi qu'à

l'intérieur de chacune d'elles.

- Les services appropriés sont difficilement accessibles, en particulier lorsque l'on passe d'un système à l'autre.
- On constate une **insuffisance d'informations** sur la disponibilité des services. «Comment peut-on accéder au système si on ne le connaît pas?», s'interroge un représentant.
- Les personnes atteintes de troubles mixtes étant souvent des **clients difficiles**, certains services mis sur pied pour les aider **s'écartent de leur mandat d'origine**. Les participants soulignent que les psychiatres sont souvent réticents à prendre en charge des problèmes liés à l'usage de substances ou des troubles de la personnalité.
- Bon nombre de personnes atteintes de troubles mixtes **hésitent** à se présenter pour un traitement, parce que les services de traitement peuvent être très menaçants pour elles. Les prestataires de services ont tendance à étiqueter et à juger les personnes qui font appel à eux; ils ne respectent pas toujours la confidentialité de l'information concernant ces clients et les font aller et venir d'un secteur à l'autre. Par ailleurs, bon nombre de clients redoutent les stigmates associés au recours aux services de santé mentale.
- Certains programmes et services sont **insensibles aux besoins de leurs clients**. Selon un des participants, en dépit de leurs bonnes intentions, les prestataires de services ont tendance à imposer leurs idées et ne respectent pas le rôle de stratégie d'adaptation que peut jouer la consommation de substances pour les personnes atteintes de troubles mixtes. «Vous ne pouvez l'enlever sans la remplacer».
- Le **langage** utilisé pour décrire les clients et les groupes de clients peut parfois être dénué de sensibilité ou inexact. Par exemple, certains participants s'opposent fortement à l'emploi d'expressions comme «trouble mixte» et «gestion des cas» qu'ils estiment déshumanisantes. Dans le cadre d'un programme de traitement à Calgary, on a changé la perspective en remplaçant le terme «*dual disorder*» par «*Special needs*» («troubles mixtes» par «besoins spéciaux»). Un autre exemple de l'utilisation inappropriée du langage est le recours au terme «immigrant» pour définir tant les réfugiés que les immigrants volontaires, deux groupes aux démarcations floues et aux besoins très différents. «Nos services seraient plus efficaces si nous pouvions clarifier la terminologie que nous employons.»

NOS SERVICES SERAIENT PLUS EFFICACES SI NOUS POUVIONS CLARIFIER LA TERMINOLOGIE
QUE NOUS EMPLOYONS.

- Certains services de traitement sont axés sur les **prestataires** plutôt que sur les clients. Certains conseillers en matière de dépendance ont pas une approche flexible. On insiste sur l'évaluation et la catégorisation du client, au lieu de lui prodiguer attention et aide immédiatement.

- Les **distances géographiques**, en particulier dans les collectivités isolées, et les heures d'ouverture peu pratiques rendent les services inaccessibles à bon nombre d'individus.
- Le **manque de confiance** manifesté par les clients empêche bon nombre de personnes d'accéder aux services communautaires. «Les individus souffrant d'une maladie mentale grave ont été ignorés et abandonnés par le système. Il faudra du temps avant de regagner leur confiance.»
- Le manque de respect de la confidentialité de l'information, en particulier dans les plus petites collectivités, décourage le recours aux services communautaires.
- **On ne réalise pas suffisamment les besoins particuliers en matière de formation et d'éducation** des travailleurs de la santé. Les prestataires de services et les «gardiens» s'occupant des personnes atteintes de troubles mixtes ont des besoins particuliers en matière de formation. Dans les collectivités autochtones, les groupes ethniques ou culturels et parmi les immigrants, les travailleurs de la santé de première ligne dont souvent pas les bases nécessaires pour faire face aux problèmes particuliers qu'ils rencontrent. Toutefois, la spécialisation peut amener à concentrer l'attention sur un aspect des problèmes du client, plutôt qu'à l'ensemble de sa personne.

En ce qui concerne le diagnostic des troubles mentaux et de problèmes liés à l'usage de substances, on s'entend sur la nécessité d'intégrer les facteurs biologiques dans le diagnostic, tout en reconnaissant l'importance primordiale du «degré de fonctionnements. «Les facteurs de risque ne sont réellement appropriés que s'ils sont définis par rapport à quelque chose sur quoi nous pouvons agir.»

Un modèle de «vulnérabilité au stress» a été proposé à titre d'outil diagnostique. Ce modèle prendrait en considération les facteurs de vulnérabilité telles que les facteurs génétiques, périnataux et expérientiels. Moins une personne présente de facteurs de vulnérabilité, plus sa capacité d'adaptation au stress devrait être élevée.

MOINS UNE PERSONNE PRÉSENTE DE FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ, PLUS SA CAPACITÉ D'ADAPTATION AU STRESS DEVRAIT ÊTRE ÉLEVÉE.

Un participant donne un exemple de programme où l'on aborde la question des facteurs de risque et de vulnérabilité avec les adolescents. Dans ce cas-là, la connaissance transforme les facteurs de risque en facteurs de protection. «La connaissance favorise le choix.»

VERS DE NOUVELLES APPROCHES : LES CONSÉQUENCES POUR LA RECHERCHE, LES POLITIQUES, LES PROGRAMMES ET LA PRESTATION DES SERVICES

Les participants s'entendent sur le fait que la réussite du traitement repose sur des valeurs telles que la tolérance, la dignité et le respect. Les responsables des programmes et les prestataires de services ne doivent pas porter de jugement et doivent se reconnaître comptables envers leurs clients. Les services doivent être facilement accessibles et basés sur les besoins des individus.

Il faut privilégier les services flexibles à long terme, qui favorisent une approche de réduction des dommages. L'usage de substances, en particulier du tabac, peut faire office d'outil de survie ou de méthode d'adaptation. Le traitement doit libérer les individus de ces béquilles» et leur laisser le temps de guérir.

IL FAUT PRIVILÉGIER LES SERVICES FLEXIBLES À LONG TERME, QUI FAVORISENT UNE APPROCHE DE RÉDUCTION DES DOMMAGES.

Pour arriver à ces résultats, les participants proposent de modifier le système de la façon suivante. Certaines pratiques actuelles basées sur les valeurs et les principes sont décrites afin de démontrer comment elles fonctionnent dans la réalité.

Collaboration améliorée

- **Mettre sur pied et financer des projets de démonstration** : les participants se déclarent en faveur des projets de démonstration dans le but de montrer comment les deux secteurs peuvent collaborer à l'élaboration et à l'exécution des programmes portant sur les problèmes liés à l'usage de substances et sur les troubles mentaux.
- **Offrir une formation adéquate** : les participants appuient le détachement entre les deux secteurs et dans la collectivité, afin d'élargir l'expérience des professionnels relative au traitement dans ces deux sphères d'activité. Ils suggèrent que l'on intègre les troubles mixtes aux programmes des deux secteurs. Un participant souligne en particulier la nécessité d'une Formation holistique».

Les individus doivent élargir leurs connaissances grâce aux groupes de clients qu'ils servent. Au Yukon, par exemple, les programmes d'enseignement en travail social et en éducation sont conçus en collaboration avec les Premières Nations. Les clients doivent faire part de leur vécu aux travailleurs de la santé dans le cadre du processus de formation de ces derniers.

Un participant décrit un exemple de programme de formation de «mentors» au Manitoba. Des spécialistes en toxicomanie ont donné au personnel des hôpitaux locaux une formation en évaluation et en aiguillage des cas d'usage de substances. Cela a alourdi la charge de travail du personnel hospitalier, mais leur a également permis de traiter plus facilement les patients.

Un autre participant décrit un programme de formation itinérant lancé à Sudbury à la suite d'une conférence sur les troubles mixtes. Ce programme a aidé les intervenants des deux secteurs à collaborer et à prendre conscience de leurs points communs.

- **Travailler en partenariat** : les membres du groupe soulignent l'importance de constituer des équipes où ne prédomine aucune des deux disciplines. On propose à cet effet la création de comités directeurs externes, de conseils chargés des opérations et d'équipes de gestion des cas, et l'affiliation entre organisations.

Un participant décrit les résultats intéressants obtenus dans la mise sur pied d'équipes de gestion des cas au Nouveau-Brunswick. Ces équipes démontrent qu'il est possible pour des intervenants issus des deux secteurs de travailler ensemble sans perdre leur individualité.

- **Définir une vision commune** : de l'avis d'un participant, la définition d'une vision commune pourrait aider les professionnels du traitement à s'élever au-dessus de leur perspective territoriale. Un autre participant incite ces professionnels à se tourner vers l'avenir plutôt qu'à rechercher des réponses dans les publications.

Services axés sur le client

- **Rendre les programmes attrayants et non menaçants** : respecter les besoins des clients en matière de confidentialité; inviter les personnes à se renseigner sans crainte; s'intéresser à l'aspect positif du traitement plutôt qu'aux problèmes; tirer parti des possibilités d'enseignement. Les programmes de traitement doivent non pas informer les individus de leurs problèmes, mais les aider à en prendre conscience eux-mêmes.
- **Mettre l'accent sur les besoins des clients** : adapter les heures d'ouverture aux besoins des clients; prodiguer à ceux-ci l'aide immédiate dont ils ont besoin au lieu de les évaluer; moduler son approche selon le client. «Demandons à nos clients comment nous pouvons mieux les servir», affirme l'un des participants.

DEMANDONS À NOS CLIENTS COMMENT NOUS POUVONS MIEUX LES SERVIR...

Services communautaires

- **S’efforcer d’améliorer les attitudes** : la disparition de la confidentialité doit être compensée par une meilleure acceptation des personnes atteintes de troubles mentaux ou de toxicomanie.
- **Renforcer les services communautaires et le suivi** lors de la réinsertion des personnes souffrant de troubles mixtes dans leur collectivité. Certains services communautaires peuvent jouer un rôle de premier plan en rendant les informations et les ressources accessibles aux personnes atteintes d’un trouble mixte. Les participants insistent sur l’importance des prestataires de services de première ligne, qui jouent le rôle de «généralistes». «Les travailleurs sociaux sont capables de prendre en charge les personnes souffrant de troubles mentaux ou de problèmes liés à l’usage de substances. Nous devons faire disparaître le préjugé selon lequel il faut être spécialiste pour offrir des services.» Les participants soulignent le rôle crucial de l’éducation, du soutien et de la formation, en particulier pour les familles.

LES PARTICIPANTS INSISTENT SUR L’IMPORTANCE DES PRESTATEURS DE SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE.

- Il faut créer des **liens entre les services communautaires et les systèmes plus formels**, afin de s’attaquer aux problèmes liés au logement, à la pauvreté, à la santé mentale et à la toxicomanie.

Des exemples à suivre

Les participants présentent ensuite certains projets mis en oeuvre dans le pays, où l’on a adopté les approches décrites précédemment.

À **Calgary**, le **Achievement Centre** aide les jeunes de la rue. Le centre offre un large éventail de services et est guidé par un conseil qui privilégie les valeurs plutôt que les étiquettes. Quatre cents jeunes participent avec enthousiasme au programme.

Un participant de la **Saskatchewan** parle d’un programme pour les personnes souffrant de troubles mixtes. Ce programme est géré par une organisation non gouvernementale (ONG) et il offre des services axés sur le client, à l’écoute des besoins de chacun. Le besoin le plus fréquent est le logement. En conséquence, on a fait l’acquisition d’une grande maison subdivisée en appartements privés pour les clients; ceux-ci peuvent y demeurer aussi longtemps qu’ils le désirent. Les clients ont accès aux ressources communautaires telles que le YMCA/YWCA. Le but poursuivi par les clients est l’abstinence, mais celle-ci n’est pas obligatoire.

Au Yukon, un programme de logement similaire a permis de réduire les séjours répétés à l’hôpital. Des travailleurs auxiliaires four-

nissent leur aide au besoin. Bon nombre d'entre eux n'ont pas suivi de formation officielle mais ont travaillé avec des personnes handicapées et sont capables d'enseigner l'autonomie fonctionnelle.

Au **Nouveau-Brunswick**, la compression des effectifs d'un hôpital psychiatrique a conduit à l'élaboration d'un programme communautaire efficace qui s'appuie sur une approche pluridisciplinaire et met à contribution des gestionnaires de cas et des travailleurs de soutien. Les principales valeurs et les principaux objectifs sont le respect et la dignité de toutes les personnes en cause, incluant les consommateurs, leur famille et le personnel. Le programme a pas pour objectif l'abstinence; la réussite est définie par l'individu lui-même. On s'attend à ce qu'il y ait des rechutes, et des moniteurs aident les clients à franchir cet obstacle. Le programme est rentable, les taux de réhospitalisation ont diminué, les clients sont plus satisfaits et font moins de rechutes.

LE PROGRAMME A PAS POUR OBJECTIF L'ABSTINENCE; LA RÉUSSITE EST DÉFINIE PAR L'INDIVIDU LUI-MÊME.

Un participant de **Calgary** décrit un projet pour les jeunes ayant été rejetés par de nombreux organismes d'hébergement. On a acheté des maisons modestes et on a demandé aux jeunes de graver leurs initiales sur les bâtiments. On leur a également dit qu'en cas de problèmes, ils n'auraient pas à partir — ce sont les intervenants qui s'en iraient. Le lancement du projet a nécessité un certain financement, mais le coût pour le système est à présent de 92 \$ par jour au lieu de 600 \$.

Un autre participant de **Calgary** évoque la réussite d'un programme de diagnostic mixte où le personnel a des compétences générales et spécialisées. Le personnel développe les secteurs d'intérêt qui facilitent l'établissement de liens avec d'autres organisations. Des liens ont été créés à un niveau administratif aussi bien qu'entre les travailleurs de première ligne.

À **Ottawa**, un centre de santé communautaire offre un large éventail de services. Les programmes comprennent notamment la gestion des crises, l'information, l'initiative personnelle et le bénévolat. Les «gardiens» sont des infirmières itinérantes aidées par 31 interprètes culturels faisant le lien entre la collectivité principale et la collectivité multiculturelle. Les généralistes sont appuyés par des conseillers, des représentants de la Société d'aide à l'enfance et des hôpitaux psychiatriques, des conseillers en santé mentale et en emploi, des acupuncteurs et des experts en matière de lutte contre la violence conjugale. L'organisation collabore avec de nombreuses autres organisations, incluant Centraide et plusieurs églises.

À **Edmonton**, «on forme des spécialistes qui agissent à titre de généralistes face à des problèmes spécifiques». On privilégie une approche interdisciplinaire, basée sur les connaissances particulières requises pour aider chaque client.

CONCLUSION

La table ronde a donné l'occasion à des chercheurs, à des décideurs, à des praticiens et à des consommateurs d'échanger, pendant deux jours, des idées sur la manière dont les secteurs de l'usage de substances et de la santé mentale pourraient travailler en plus étroite collaboration. Ces deux champs ont évolué indépendamment l'un de l'autre, mais ils sont tous deux axés sur la maladie et sur les facteurs de risque plutôt que sur la santé et les facteurs de protection. Dans l'intérêt supérieur des clients, on s'est entendu sur la nécessité d'une collaboration entre ces secteurs afin de lever les barrières organisationnelles et de régler les conflits de politique et de financement, et d'offrir des services gérés par la collectivité, intégrés et davantage axés sur la prévention.

Pour atteindre ces objectifs, il faudra que les décideurs, les responsables de programmes, les prestataires de services, les clients et leur famille changent leur philosophie, leur attitude, leurs attentes et leur comportement. Les principaux changements devront être les suivants : former des professionnels dans les deux secteurs, privilégier la promotion de la santé et la prévention des problèmes, créer des partenariats entre les professionnels et les clients afin de planifier et de dispenser des services qui tiennent compte de la diversité des clients et de l'interdépendance des individus, des familles et des collectivités; il faudra aussi promouvoir l'indépendance, le contrôle et l'estime de soi, et offrir la possibilité aux individus de vivre et d'accéder aux services dans leur collectivité.

APPENDIX A

LISTE DES PARTICIPANTS

PROVINCES DE L'ATLANTIQUE

Maureen Crocken

East Prince Mental Health
Clinic

205, av. Linden

Summerside (Î.-P.-E) C1N 2K4

Tél. (902) 888-8180

Télé. (902) 888-8173

Kellie Schriver

Commission de la santé mentale
Centre Mercantile

55, rue Union, 3^e étage

St-jean (N.-B.) E2L 5B7

Tél. (506) 658-3743

Télé. (506) 658-3739

Tom Payette

A/Regional Director

Central Drug Dependency

Services

C.R 896

Dartmouth (N.-É.) B2Y 3Z6

Tél. (902) 424-5623

Télé. (902) 424-0627

ONTARIO

Heather Black

Gestionnaire

Programmes sociaux

Centre de santé communautaire de Somerset
ouest

55, rue Eccles

Ottawa (Ontario) K1R 6S3

Tél. (613) 238-7595

Télé. (613) 238-8210

Lorraine Cantlie

45, croissant Nanook

Kanata (Ontario) K2L 2B2

Tél. (613) 592-0211

Murray Kelly

Centre de traitement des fumeurs

Bureau de poste d'Ottawa-Sud

C.R 21008

Ottawa (Ontario) K1S 0X1

Tél. (613) 738-4178

Stephen Lurie

Association canadienne pour la santé mentale

— Toronto métropolitain

970, av. Laurence ouest

Toronto (Ontario) M6A 3B6

Tél. (416) 789-7957

Télé. (416) 789-9079

Ross Norman

Local 113B, Immeuble WMCH

Hôpital Victoria

London (Ontario) N6A 4G5

Tél. (519) 685-8500

Poste 6840

Télé. (519) 667-6537

Helen Ross

Département de la recherche en évaluation
sociale
Fondation de la recherche sur la toxicomanie
33, rue Russell
Toronto (Ontario) M5S 2S1
Tél. (416) 595-6825
Télé. (416) 595-6619

Pat Allan

Fondation de la recherche sur la toxicomanie
639, rue King ouest, Suite 201
Kitchener (Ontario) N2G 1C7
Tél. (519) 579-1310
Télé. (519) 579-4372

QUÉBEC**Michel Landry**

Directeur des services professionnels
Regroupement Alternatives,
Domrémy-Montréal et Préfontaine
10 140, rue Lajeunesse
Montréal (Québec) H9L 2E2
Tél. (514) 385-0046
Télé. (514) 385-0827

PRAIRIES**Herb Thompson**

Assistant Executive Director
Addictions Foundation of Manitoba
1031, av. Portage

Winnipeg (Man.) R3G 0R8

Tél. (204) 944-6237
Télé. (204) 786-7768

Aurelia Beach

Program Director
Programs Branch
Saskatchewan Health
3475, rue Albert
Regina (Sask.) S4S 6X6
Tél. (306) 787-3299
Télé. (306) 787-2502

PROVINCES DE L'OUEST**Philip Perry**

Wood's Homes
805-37th Street N.W.
Calgary (Alberta) T2N 4N8
Tél. (403) 270-1720
Télé. (403) 270-1746

David Hodgins

Addictions Centre
Foothills Hospital
1403-29th Street
Calgary (Alberta) T2N 2T9
Tél. (403) 670-4785
Télé. (403) 670-2056

Murray Sillito

Assistant Director
Nechi Institute on Alcohol and Drug
Education
C.P 34007
Kingsway Mall Post Office
Edmonton (Alberta) T5G 3G4
Tél. (403) 458-1884
Télé. (403) 458-1883

Alayne Hamilton

Family Violence Project
2541, rue Empire
Victoria (C.-B.) V8T 3M3
Tél. (604) 380-1955
Télec. (604) 385-1946

Michael Egilson

Manager of Prevention Projects
Alcohol and Drug Services
Prevention and Health Promotion Branch
Ministry of Health and Ministry Responsible
for Seniors
1520, rue Blanchard
Niveau principal
Victoria (C.-B.) V8W 3C8
Tél. (604) 952-1016
Télec. (604) 952-1570

Pauline Fisher

Seniors Well Aware Program
411, rue Dunsmuir
3^e étage
Vancouver (C.-B.) V6B 1X4
Tél. (604) 687-7927
Télec. (604) 669-8294

Rajpal Singh

Greater Vancouver Mental
Health Services
5955B, rue Fraser
Vancouver (C.-B.) V5W 2Z6
Tél. (604) 324-3811
Télec. (604) 325-4169

TERRITOIRES**Margaret Render**

Community Support Services
Government of Yukon
PO. Box 2703
Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6
Tél. (403) 667-5669
Télec. (403) 667-6078

ÉQUIPE DE DALHOUSIE**Colin Mangham**

Health Education Division
School of Recreation, Physical and Health
Education
6230 South Street
Halifax (N.-É.) B3H 3J5
Tél. (902) 494-1197
Télec. (902) 494-1198

Don McGuire

School of Recreation, Physical and Health
Education
6230 South Street
Halifax (N.-É.) B3H 3J5
Tél. (902) 494-1196
Télec. (902) 494-1198

Colleen Hood

Leisure Studies
School of Recreation, Physical and Health
Education
6230 South Street
Halifax (N.-É.) B3H 3J5
Tel. (902) 494-1157
Télec. (902) 494-5120

Gillian Leigh

Psychology Department
Cape Breton Regional
Hospital
1482, rue George
Sydney (N.-É.) B1P 1P3
Tél. (902) 567-8000
Télec. (902) 539-2293

ANIMATRICE**Louise Nadeau**

Professeur agrégée
Département de psychologie
Université de Montréal
C.P 6128, succ. Centre-ville
Montréal (Québec) H3C 3J7
Tél. (514) 343-6989
Télec. (514) 343-2285

RAPPORTEURS**Amélie Crosson-Gooderham et Marine
Armstrong**

8, avenue Rock
Ottawa (Ontario) K1M 1A6
Tél. (613) 749-5585
Télec. (613) 749-5585

SANTÉ CANADA**Virginia Carver**

Bureau de l'alcool, des drogues et des
questions de dépendance
Tél. (613) 957-8336
Télec. (613) 990-7097

Lyn Taylor

Unité de promotion de la santé mentale
Tél. (613) 954-8686
Télec. (613) 957-1406

Ivy Williams

Unité de promotion de la santé mentale
Tél. (613) 954-8645
Télec. (613) 957-1406

Natacha Joubert

Unité de promotion de la santé mentale
Tél. (613) 954-8662
Télec. (613) 957-1406

Louise Holt

Programmes de réduction sur le tabagisme
Tél. (613) 954-8867
Télec. (613) 952-5188

APPENDIX B

ORDRE DU JOUR

Mercredi 22 mars 1995

Salon Vanier

- 18h30 — 19h00 Réception de bienvenue
- 19h00 — 20h00 Souper
- 20h00 — 21h30 **Séance inaugurale** : Présentations et vue d'ensemble

Jeudi 23 mars 1995

Salon Vanier

- 8h30 — 9h00 Déjeuner continental
- 9h00 — 10h00 **Les facteurs de risque et de protection communs à la santé mentale et à l'usage de substances.** Présentation des conclusions d'une analyse documentaire effectuée par l'équipe de l'Université Dalhousie.
- 10h00 — 10h30 Pause-rafraîchissements
- 10h30 — 12h30 **Discussion — Adapter la théorie à la réalité.** Les informations données diffèrent-elles de celles que vous avez recueillies au cours de votre expérience? Si oui, de quelle manière? À votre avis, quelles sont les questions clés? Quels sont les exemples à suivre? Quels sont les obstacles?
- 12h30 — 13h30 Dîner (Salon Léger A)
- 13h30 — 14h30 **Vers de nouvelles approches: les conséquences pour la promotion et la prévention (recherche, politiques, programmes).** Comment pouvons-nous élaborer de nouveaux concepts de promotion de la santé et de prévention en tenant compte des facteurs communs?
- 14h30 — 15h00 Pause-rafraîchissements
- 15h00 — 16h30 **Sommaire et orientations futures**

Soirée Souper non organisé. (Une feuille d'inscription sera mise à la disposition des participants qui désirent aller souper ensemble dans un restaurant des environs.)

Vendredi 24 mars 1995

Salon Vanier

- 8h30 — 9h00 Déjeuner continental
- 9h00 — 10h00 **La question des troubles mixtes et de leur traitement.** Présentation des conclusions d'une analyse documentaire effectuée par l'équipe de l'Université Dalhousie.
- 10h00 — 10h30 Pause-rafraîchissements
- 10h30 — 12h30 **Discussion — Adapter la théorie à la réalité.** Les informations données diffèrent-elles de celles que vous avez recueillies au cours de votre expérience? Si oui, de quelle manière? À votre avis, quelles sont les questions clés? Quels sont les exemples à suivre? Quels sont les obstacles?
- 12h30 — 13h00 Dîner (Salon Vanier)
- 13h00 — 14h30 **Vers de nouvelles approches: les conséquences pour le traitement (recherche, politiques, programmes).** Comment pouvons-nous élaborer de nouveaux concepts de traitement en tenant compte des facteurs communs?
- 14h30 — 14h45 Pause-rafraîchissements
- 14h45 — 15h30 **Sommaire et orientations futures**

QUESTIONS À DISCUTER

Questions relevant de la promotion de la santé et de la prévention

- La plupart des programmes de prévention s'intéressent aux facteurs de risque. Pourtant, dans bien des cas, on n'a guère de preuves qu'en modifiant les facteurs de risque on obtient de bons résultats. Il faudrait étayer davantage les fondements théoriques.
- Quelles orientations choisir en matière de promotion de la santé et de prévention? Dans quel cadre désirons-nous travailler? Les programmes de santé scolaires dont la mise en oeuvre et l'exécution laissent à désirer constituent-ils un problème, même lorsqu'ils font partie du programme obligatoire?
- Nos ressources et nos approches en matière de prévention sont-elles dépassées? Dans quel sens ont-elles besoin d'être actualisées? Comment faire pour travailler ensemble?
- Presque tous les facteurs de risque non biologiques de la toxicomanie ont trait à la santé mentale. Et pourtant, les différentes activités de traitement, en particulier de prévention, sont compartimentées. Serait-il plus approprié de faire la promotion de la santé mentale que d'exécuter des programmes isolés traitant de questions spécifiques?
- Dans les publications, on s'intéresse avant tout aux facteurs de risque, alors que, pour les facteurs de protection, le lecteur doit tirer ses propres conclusions. Met-on ainsi trop l'accent sur le risque?
- Pouvons-nous prendre pour acquis que les facteurs de risque et de protection sont similaires en ce qui concerne la santé mentale et la toxicomanie, ou existe-t-il d'autres dimensions comme, par exemple, la capacité de récupération?

Les troubles mixtes et leur traitement

- Quelles sont les répercussions des troubles mixtes sur le traitement de la toxicomanie?

- Les traitements dont parlent les publications visent presque totalement le modèle pathologique de la toxicomanie pour les clients souffrant de troubles mixtes. Quelles sont les conséquences d'une telle approche?
- Quels sont les critères définissant l'usage et l'usage abusif de substances en matière de traitement d'un trouble mental?
- L'approche psychiatrique semble dominer les publications sur les troubles mixtes. Quelles sont les conséquences d'une telle situation? Est-ce vrai également dans la pratique, ou seulement dans les publications?

Normes et attitudes sociales

- La plupart des auteurs ont une vision négative de l'usage de substances, sans en reconnaître les bienfaits. L'usage de substances n'a-t-il pas un rôle positif dans le domaine de la santé mentale? Comment pourrait-on aborder cette question? Que faire des données sur les propriétés protectrices de l'alcool?
- La santé mentale est décrite sous un jour négatif dans les publications. Faut-il changer les mentalités ou changer le nom? De quelles expériences en matière de toxicomanie la santé mentale pourrait-elle tirer parti?

Orientations futures

- À tous les égards, nous sommes plongés dans un contexte de crise économique et de restrictions budgétaires sans précédent. Et pourtant, le chômage et les difficultés économiques vont probablement accroître la demande de services. Existe-t-il des moyens de regrouper les ressources? Cela est-il souhaitable? Y a-t-il des chevauchements sur le plan des services? Comment voyez-vous l'avenir?
- Quelles sont les possibilités de collaboration entre les secteurs de la santé mentale et de l'usage de substances? Dans quels domaines existe-t-il des conflits? Quels avantages et quels conflits prévoyez-vous entre les différents groupes d'intérêts (médecins, psychologues, travailleurs sociaux, ex-toxicomanes, conseillers)?

Divers

- Contrairement à ce qui se passe aux États-Unis, la plupart des informations sur les programmes, les évaluations et les rapports canadiens ne sont jamais publiées. La publication et la diffusion des informations sont-elles adéquates et permettent-elles d'en faire profiter d'autres intéressés? Comment ce problème peut-il être résolu? (Bureaux d'information?)
- Où la dépendance d'un comportement se situe-t-elle par rapport aux secteurs de la santé mentale et de l'usage de substances?