

DÉVELOPPEMENT D'UN MODÈLE D'ORGANISATION DES SERVICES EN SANTÉ MENTALE CHEZ LES COMMUNAUTÉS DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC

Rapport de recherche préparé pour la
Commission de la santé et des services sociaux
des Premières Nations du Québec et du Labrador



Delphine Collin-Vézina, PhD
Mireille De La Sablonnière-Griffin, MSW
Chantal Dutrisac, BA



Rédaction : Delphine Collin-Vézina, PhD
Mireille De La Sablonnière-Griffin, MSW
Chantal Dutrisac, BA

Révision : Patricia Mathias
Audrey Vézina

Graphisme : Christiane Vincent

Toute reproduction partielle ou totale est autorisée à la condition d'en mentionner la source.

Une version anglaise est disponible.

En cas de disparité entre la version française et la version anglaise, la version anglaise a préséance.

Nous reconnaissons la contribution financière de Santé Canada dans la réalisation de ce projet.

Ce document peut être consulté en version électronique à l'adresse suivante : www.cssspnql.com

© CSSSPNQL 2011

DÉVELOPPEMENT D'UN MODÈLE D'ORGANISATION DES SERVICES EN SANTÉ MENTALE CHEZ LES COMMUNAUTÉS DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC



Rapport de recherche préparé pour la
Commission de la santé et des services sociaux
des Premières Nations du Québec et du Labrador

Delphine Collin-Vézina, PhD
Mireille De La Sablonnière-Griffin, MSW
Chantal Dutrisac, BA

Prière d'adresser toute correspondance à la première auteure
à l'adresse suivante :



École de service social
Université McGill
3506, rue Université, suite 321A
Montréal (Québec) H3A 2A7
Courriel : delphine.collin-vezina@mcgill.ca

« Nous devons comprendre que les enjeux de santé mentale et de dépendance sont les effets résiduels de la même histoire collective de plusieurs peuples des Premières Nations. Ils sont véritablement la même maladie. ***Ils coexistent en nous, deux effets d'un même ensemble de causes.*** Les taux élevés de co-morbidité, supérieurs à 80 pour cent, le démontrent.

Tous ces symptômes, y compris les comportements de violence et d'abus, sont des symptômes connexes de la souffrance de bon nombre des nôtres, causée par l'expérience des pensionnats et du colonialisme.

Nous devons cesser de les percevoir comme deux secteurs de "programme" et les aborder comme un ensemble de résultats interreliés provenant des mêmes sources. Nous devons adopter une démarche intégrée, plus centrée sur le patient. »

Robin Decontie
Directrice – Services sociaux et de santé
Première Nation algonquine Kitigan Zibi

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	7
CONTEXTE ET DEVIS DE RECHERCHE	9
COLLECTE NO 1 : BOTTIN DES RESSOURCES HORS COMMUNAUTÉS	14
Méthodologie	14
Résultats	15
COLLECTE NO 2 : INVENTAIRE DES SERVICES DANS LES COMMUNAUTÉS	16
Méthodologie	16
Résultats	18
COLLECTE NO 3 : CONSULTATIONS AUPRÈS DES COMMUNAUTÉS	24
Méthodologie	24
Résultats	26
AXE 1 ÉTAT DE SANTÉ MENTALE	27
Thème 1 Santé mentale : La définir et la comprendre	27
Thème 2 La santé mentale se cache sous plusieurs noms et nous affecte tous	28
Thème 3 La santé mentale, c'est aussi la santé de la communauté	30
AXE 2 PRATIQUES ET SERVICES DANS LES COMMUNAUTÉS	31
Thème 1 Barrières existantes	31
Thème 2 Meilleures pratiques et facteurs de réussite.	33
AXE 3 RELATIONS AVEC LES RESSOURCES DU RÉSEAU PROVINCIAL	36
Thème 1 Barrières existantes	36
Thème 2 Meilleures pratiques et facteurs de réussite.	38
MISE EN COMMUN DES COLLECTES 2 ET 3 : SERVICES DANS LES COMMUNAUTÉS	40
Résultats	40
CONSTATS DE LA RECHERCHE	44
SÉANCE DE VALIDATION	48
Liste des participants	48
Sommaire de la séance de validation	50
DÉVELOPPEMENT D'UN MODÈLE D'ORGANISATION DES SERVICES EN SANTÉ MENTALE POUR LES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC	64

TABLEAUX ET GRAPHIQUES

Tableau 1 : Résumé des activités de recherche	13
Graphique 1 : Sévérité des problèmes de santé mentale	19
Graphique 2 : Références au réseau provincial	21
Tableau 2 : Santé mentale : La définir et la comprendre.	28
Tableau 3 : La santé mentale se cache sous plusieurs noms et nous affecte tous	29
Tableau 4 : La santé mentale, c'est aussi la santé de la communauté.	30
Tableau 5 : Le manque de financement.	32
Tableau 6 : Les difficultés dans l'accessibilité aux services	32
Tableau 7 : Le manque de collaboration, de communication et de mobilisation	33
Tableau 8 : La prévention et la sensibilisation	33
Tableau 9 : Le développement de services dans les communautés	34
Tableau 10 : Le travail en collaboration	35
Tableau 11 : L'utilisation de méthodes traditionnelles de guérison.	35
Tableau 12 : Les difficultés dans l'accessibilité aux services	36
Tableau 13 : Le manque de collaboration et de communication	37
Tableau 14 : Le manque de financement	37
Tableau 15 : Des services non culturellement sensibles	38
Tableau 16 : Le travail en collaboration	38
Tableau 17 : Le développement des services pour la population Premières Nations	39

ANNEXES

ANNEXE 1 : ENTENTE DE COLLABORATION ENTRE LE CONSEIL DE LA NATION ATIKAMEKW ET LE CONSEIL DES ATIKAMEKW DE MANAWAN ET LE CENTRE DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU NORD DE LANAUDIÈRE.	65
ANNEXE 2 : ENTENTE DE COLLABORATION ENTRE LE CONSEIL DES ATIKAMEKW D'OPITCIWAN ET LE CENTRE DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU DOMAINE-DU-ROY.	72



SOMMAIRE

Dans la foulée des recommandations du Plan directeur pour la santé des Autochtones 2005-2015 et du Plan d'action stratégique pour le mieux-être mental des Premières Nations et des Inuits, le présent projet de recherche, subventionné dans le cadre du Fonds de transition en santé autochtone (FTSA), vise le développement d'un modèle d'organisation de services en santé mentale pour les communautés des Premières Nations du Québec, dont le but sera d'augmenter l'accessibilité et la continuité des services disponibles pour tous les membres de ces communautés.

Ce rapport de recherche présente les résultats des trois collectes de données qui ont été menées afin de recenser les services en santé mentale disponibles pour les Premières Nations — dans les communautés et hors de celles-ci — d'identifier les facteurs de succès et les barrières associés au développement de services en santé mentale et de cibler les manques à gagner pour que chaque membre de chaque communauté ait accès à un continuum de services équivalent à celui des autres Québécois.

La première collecte de données visait le recensement des services existants en santé mentale dans le système québécois. Cette étape a permis de dresser la liste des services en santé mentale dans le système de santé québécois, plus précisément ceux dispensés dans les régions auxquelles les communautés des Premières Nations du Québec sont affiliées, et d'élaborer un bottin de ressources pour chacune des régions.

La seconde collecte avait pour objectif de dresser un inventaire des services offerts en santé mentale dans les communautés. Dans le cadre de cette collecte, la perception des intervenants de chacune des communautés en regard des problèmes de santé mentale de leurs membres, des services offerts, des meilleures pratiques développées et des lacunes observées a été documentée.

La troisième collecte avait pour but de mener des consultations auprès d'intervenants et de membres des Premières Nations. Ces consultations ont été tenues avec les intervenants de onze communautés (isolées/semi-isolées/urbaines), afin d'avoir une appréciation des facteurs facilitateurs et des barrières qui influencent le développement de ressources en santé mentale, et des pistes de solution.

Cette recherche met en lumière qu'il est impossible d'offrir, dans le contexte actuel de dispensation des services, une gamme de services en santé mentale similaire à celle offerte aux autres Québécois, dans toutes les communautés des Premières Nations du Québec. En ce sens, le développement d'un modèle d'organisation de services en santé mentale bien structuré, adapté aux besoins des communautés et axé sur les problématiques les plus importantes est vital pour viser des résultats majeurs, durables et accessibles à toutes les communautés des Premières Nations du Québec.

Sur la base des résultats des trois collectes de données, quelques constats se dégagent de cette recherche.

- Bien que plusieurs problématiques liées à la santé mentale ont été soulevées, l'abus de substances avec ou sans comorbidité apparaît être au cœur des préoccupations des intervenants et des personnes des Premières Nations. Les participants soulignent que ce problème affecte non seulement les individus, mais également l'ensemble des communautés et que, en ce sens, il devrait être priorisé afin d'améliorer tant le mieux-être mental des individus que le fonctionnement des communautés.
- De nombreux services en santé mentale implantés dans les communautés ont été rapportés par les participants. En général, il s'agit de services qui visent à répondre à des problèmes de santé ou à des problèmes sociaux usuels et variés qui sont offerts à proximité des milieux de vie des personnes. Les résultats de la présente recherche mettent en lumière la volonté des intervenants et des membres des Premières Nations de voir ces services développés et offerts directement dans les communautés. Un modèle d'organisation de services en santé mentale pourrait donc s'inspirer des pratiques exemplaires en santé mentale déjà en place dans certaines communautés, tout en proposant des modalités moins fréquemment implantées jusqu'à présent (équipe santé mentale, psychiatre répondant, interventions de crise), afin d'assurer à tous les membres des Premières Nations un accès à des services communs en santé mentale dans leurs communautés.
- De façon générale, cette recherche a démontré que peu de services spécialisés étaient disponibles actuellement dans les communautés, notamment ceux pour les personnes dont les symptômes sont les plus graves, dont l'état nécessite une hospitalisation ou qui ont des problèmes aigus. Il apparaît peu réaliste de proposer que de tels services soient développés dans chacune des communautés, et les répondants ont offert des pistes de suggestions en ce sens qui permettraient aux membres des Premières Nations un accès plus fluide vers les ressources du système de santé québécois, par exemple la rédaction d'ententes claires entre les communautés et les CSSS responsables, la formation des intervenants en CSSS sur la réalité des Premières Nations, la sensibilisation des intervenants qui œuvrent dans les communautés à la structure d'organisation des services dans le système de santé québécois et le développement de services pour les Premières Nations dans le système québécois.

CONTEXTE ET DEVIS DE RECHERCHE

La situation des personnes des Premières Nations est critique. L'ampleur des problèmes de santé mentale et des problèmes connexes — suicide, toxicomanie, violence — appelle à une intervention immédiate, concertée et structurée. Tel que spécifié dans le mandat de la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL), des initiatives doivent être entreprises pour améliorer le bien-être physique, mental, émotionnel et spirituel des personnes, des familles et des communautés des Premières Nations et des Inuits dans le respect de leur culture et de leur autonomie locale.

Ce projet de recherche, sous la responsabilité de la CSSSPNQL et subventionné dans le cadre du Fonds de transition en santé autochtone (FTSA), vise le développement d'un modèle d'organisation de services en santé mentale pour les communautés des Premières Nations du Québec, dont le but sera d'augmenter l'accessibilité et la continuité des services en santé mentale de 1^{re}, 2^e et 3^e lignes disponibles pour les membres de celles-ci.

« Les services de première ligne sont des services universellement accessibles qui servent à promouvoir la santé, à prévenir les maladies et à offrir des services diagnostics, curatifs et de réadaptation à toute la population. Ces services visent à répondre à des problèmes de santé ou à des problèmes sociaux usuels et variés et doivent être offerts près des milieux de vie des personnes.

Les services de deuxième ligne font appel à une expertise spécialisée. Ils doivent soutenir les équipes de première ligne et traiter les personnes qui ne peuvent recevoir un traitement adéquat à ce niveau.

Le troisième niveau d'accès, soutenant le premier et le deuxième niveau, est celui des services de troisième ligne. Ils s'adressent à des personnes ayant des problèmes de santé très complexes, dont la prévalence est faible, ou dont la complexité requiert une expertise qui ne peut être offerte par les services de deuxième ligne. »

Plan d'action en santé mentale, MSSS, 2005-2010, pp. 24-25.

L'objectif de ce projet s'inscrit directement dans la foulée de la vision du Plan directeur pour la santé des Autochtones (2005-2015) qui « vise à réduire de façon significative les écarts entre les résultats pour la santé de la population canadienne en général et ceux des Autochtones » (Santé Canada, 2005, p.1).

Les **objectifs spécifiques** de ce projet, qui découlent du Plan d'action stratégique pour le mieux-être mental des Premières Nations et des Inuits (Comité consultatif des Premières Nations et des Inuits sur la santé et le mieux-être mental, 2008), sont :

- Soutenir le développement d'un continuum concerté de services en santé mentale qui inclut les approches traditionnelles, culturelles et courantes ;
- Clarifier et consolider les relations de collaboration entre les gouvernements fédéral et provincial et les regroupements des communautés des Premières Nations ;
- Documenter et faire connaître les meilleures pratiques en santé mentale développées par certaines communautés ;
- Reconnaître et valoriser l'importance des membres des communautés en tant qu'agent de changement ;
- Utiliser des technologies de pointe, telles que la télé-santé, afin de collaborer avec les communautés éloignées ;
- Accroître les compétences et les connaissances des intervenants en santé mentale qui œuvrent auprès des Premières Nations, et ainsi favoriser de meilleurs processus de recrutement et de rétention des intervenants.

Ce projet s'inscrit également dans la foulée des recommandations du Plan directeur pour la santé des Autochtones 2005-2015 (Santé Canada, 2005), du Plan d'action stratégique pour le mieux-être mental des Premières Nations et des Inuits (Comité consultatif des Premières Nations et des Inuits sur la santé et le mieux-être mental, 2008) et du Plan d'action en santé mentale 2005-2010 (MSSS, 2005). En accord avec les recommandations de ces plans, le projet vise à devenir un moteur de changement qui permettra de dresser un portrait actuel de l'offre de services en santé mentale pour les Premières Nations, d'identifier les manques et de développer, valider et tester un modèle d'organisation qui permettrait de remédier aux lacunes identifiées. Ce projet permettra notamment de redéfinir les différents corridors de services pour chacune des communautés, et ainsi d'assurer l'implantation d'un objectif de la réforme provinciale en termes de santé mentale : « Définir clairement les rôles, les responsabilités et les liens entre les première, deuxième et troisième lignes, les organismes communautaires et les partenaires intersectoriels à l'intérieur d'ententes conclues entre les acteurs du réseau local et, au besoin, leurs collaborateurs régionaux et suprarégionaux » (MSSS, 2005, p 74).

Le projet adopte les principes directeurs du Plan d'action en santé mentale 2005-2010 du MSSS selon lesquels le Québec doit se doter « d'un système efficient de santé mentale reconnaissant le rôle des personnes utilisatrices et offrant l'accès à des services de traitement et de soutien pour les enfants, les jeunes et les adultes de tout âge ayant un trouble mental, ainsi que pour les personnes présentant un risque suicidaire » (MSSS, 2005, p 12), soit :

- **Le pouvoir d'agir** : Les personnes des Premières Nations sont reconnues comme ayant la capacité de faire des choix et de participer aux décisions qui les concernent.
- **Le rétablissement** : Le modèle vise l'amélioration de l'état de santé mentale des membres des Premières Nations ; il présuppose qu'une amélioration des conditions est possible.
- **L'accessibilité** : Au cœur de ce projet se situe l'objectif que chaque personne des Premières Nations ait accès à un continuum de services pour répondre à ses besoins en santé mentale.
- **La continuité** : Les différents corridors de service seront revus afin d'assurer un cheminement plus souple et plus efficace à travers les différents paliers de service de 1^{re}, 2^e et 3^e lignes.
- **Le partenariat** : De nombreux partenaires sont mis à contribution dans ce projet, à la fois des instances gouvernementales, des regroupements autochtones, les centres de santé et hôpitaux, les commissions scolaires, les maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence familiale, les centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS), les regroupements pour hommes en difficulté, ainsi que les centres de traitement de la toxicomanie.
- **L'efficience** : Le modèle élaboré vise le rendement optimal des ressources existantes.

Ce projet vise les communautés des Premières Nations du Québec, ce qui permettra de dresser un portrait à la fois à l'échelle provinciale et à l'échelle régionale. La démarche prend en compte la grande diversité de ces communautés, en donnant à chacune d'elle une voix pour témoigner de leur réalité. Ainsi, ce projet reconnaît l'existence d'une grande disparité entre les différentes communautés en termes de besoins et de ressources existantes et, ainsi, il est attendu que les recommandations qui seront faites pour combler les lacunes dans le continuum de services puissent varier d'une communauté à l'autre.

Plus précisément, le présent projet repose sur les fondements suivants :

- Les besoins des communautés et des clientèles sont les premiers déterminants dans le développement du modèle d'organisation des services à développer, valider et tester ;
- La qualité des services doit être la même pour tous et pour chacune des communautés visées ;
- Le modèle d'organisation des services doit tenir compte :
 - De la culture des Premières Nations, et donc impliquer directement les représentants des communautés dans leur élaboration (les organisations locales, les aînés, etc.) ;
 - Des approches prometteuses déjà élaborées par les communautés : traditionnelles et culturelles de prévention, de promotion, de formation, de traitement et de suivi ;
 - De l'importance de connaître les corridors de services offerts pour tous les Québécois et de s'assurer que les ressources provinciales existantes et accessibles soient intégrées dans le modèle ;
 - Des principaux sujets de préoccupation retenus par les communautés des Premières Nations : le suicide, la toxicomanie, les agressions sexuelles et la violence conjugale ;
 - De la langue en usage dans les communautés.

L'équipe de recherche est composée d'une professeure-chercheuse (Delphine Collin-Vézina), d'une étudiante au doctorat (Mireille de la Sablonnière-Griffin) et d'une étudiante au baccalauréat (Chantal Dutrisac), toutes trois de l'École de service social de l'Université McGill. Cette équipe a travaillé en étroite collaboration avec madame Audrey Vézina (conseillère clinique) et monsieur Richard Gray (gestionnaire des services sociaux de la CSSSPNQL). Un comité d'orientation formé d'experts en santé mentale a également été consulté tout au long du processus de recherche.

Ce rapport de recherche présente les résultats des trois collectes de données qui ont été menées afin de recenser les services en santé mentale disponibles pour les Premières Nations — dans les communautés et hors de celles-ci — d'identifier les facteurs de succès et les barrières associés au développement de services en santé mentale, et de cibler les manques à gagner pour que chaque membre de chaque communauté ait accès à un continuum de services équivalent à celui des autres Québécois. Le tableau 1 résume les collectes menées, de même que les activités qui leur sont associées. Les chapitres suivants présentent chacune des trois collectes séparément et, ensuite, une mise en commun des collectes 2 et 3. Les principaux constats qui se dégagent de l'ensemble de la démarche de recherche sont ensuite discutés.

Tableau 1 : Résumé des activités de recherche	
Collectes	Activités
1- Recensement des services existants en santé mentale dans le système québécois	Dresser la liste des services en santé mentale dans le système de santé québécois, et plus précisément ceux dispensés dans les régions auxquelles les communautés des Premières Nations du Québec sont affiliées ; élaborer un bottin de ressources pour chacune des régions
2- Inventaire des services offerts en santé mentale dans les communautés	Documenter la perception des intervenants de chacune des communautés quant aux problèmes de santé mentale de leurs membres, les services offerts, les meilleures pratiques développées et les lacunes observées
3- Consultations auprès d'intervenants et de membres des Premières Nations	Tenir des consultations avec les intervenants d'au moins 10 communautés (isolées/semi-isolées/urbaines), afin d'avoir une appréciation des facteurs facilitateurs et des barrières qui influencent le développement de ressources en santé mentale, et des pistes de solution

Le volet suivant présente les conclusions dégagées par monsieur Willy Fournier qui, à titre de facilitateur lors de la séance de validation tenue à Québec les 18 et 19 janvier 2011, a résumé les commentaires, suggestions et propositions des membres des Premières Nations qui étaient présents (voir liste des participants). En dernier lieu, le modèle de continuité des services en santé mentale pour les communautés des Premières Nations du Québec, développé sur la base des résultats de recherche et de la consultation auprès des membres, est présenté sous forme graphique.

COLLECTE NO 1 : BOTTIN DES RESSOURCES HORS COMMUNAUTÉS

Méthodologie

La première collecte de données, tenue entre mai et septembre 2009, avait pour but de recenser les services en santé mentale du réseau provincial québécois de la santé et des services sociaux dans les régions socio-sanitaires auxquelles les communautés des Premières Nations du Québec sont affiliées. Le bottin des ressources qui résulte de cette démarche se veut un outil de référence pour les intervenants des communautés, et ce, afin de les orienter lorsque les services offerts dans la communauté ne peuvent répondre aux besoins de leur clientèle.

Pour ce faire, les régions socio-sanitaires affiliées à chacune des communautés visées par ce projet ont été identifiées. Les **ressources publiques et communautaires** desservant les régions auxquelles se rattachent les communautés ont été recensées, tant au niveau local, que régional et provincial. La recension s'est effectuée par l'équipe de consultants à l'aide des divers sites web disponibles. Les ressources publiques visées étaient le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), les Réseaux Universitaires Intégrés de Santé (RUIS), les Agences de la santé et des services sociaux, les Centres de santé et de services sociaux (CSSS), les Centres de réadaptation en dépendances, les Centres jeunesse, les commissions scolaires, tout service régional découlant de l'Agence régionale offrant des services en santé mentale non encore disponible dans le territoire du CSSS associé à une communauté, et les lignes et services d'aide provinciaux. Les ressources communautaires recensées devaient offrir des services liés à la santé ou au bien-être mental, au suicide, à l'abus de substance, au jeu pathologique, à la violence ou aux agressions sexuelles.

Afin de bonifier l'information recueillie par cette recension, 69 **informateurs-clés** ont été joints. Les Agences, les Centres de réadaptation, les Centres jeunesse et les CSSS l'ont été également. Généralement, un informateur-clé par organisme a été identifié, mais un à six informateurs-clés ont été sélectionnés par organisme.

Un modèle de fiche descriptive a été élaboré pour compiler de façon ordonnée et systématique les renseignements requis pour le bottin. Sommairement, l'information recueillie dans les fiches concernait les coordonnées de la ressource, et, selon le mandat de l'organisme, les agents de liaison, les langues parlées, les clientèles ciblées, les services offerts et l'accessibilité de ladite ressource. Cette fiche a été remplie pour chaque région à la lumière de l'information obtenue sur les sites web et suite à la consultation des informateurs-clés. Le contenu des fiches a été, dans la mesure du possible, confirmé par au moins deux sources de données et a été revalidé de façon périodique durant la période d'élaboration.

Il est important de noter quelques défis liés à la réalisation du bottin, et qui doivent être considérés lors de son utilisation. Une attention particulière a été portée à la transcription des coordonnées et autres renseignements relatifs aux ressources, mais il demeure que certaines erreurs de notation peuvent avoir eu lieu. De plus, il est possible que certains organismes ne figurent pas dans le bottin, en raison de leur absence des sites web consultés, de la non spécification de leurs services concernant la santé mentale ou de leur mise en place subséquente à la collecte de données. De même, certains services ou organismes répertoriés ne sont peut-être plus offerts depuis la collecte de données.

Résultats

Les résultats de cette première collecte de données sont disponibles dans le document intitulé *Répertoire des services en santé mentale* accessible sur le site web de la CSSSPNQL. <http://www.cssspnql.com/fr/s-sociaux/s-mentale.htm>

Dans ce document, nous retrouvons la liste, par région, des ressources en santé mentale du secteur public et communautaire, de même que des ressources provinciales. Pour les ressources publiques régionales, le répertoire fait mention de l'existence ou non d'un agent de liaison Premières Nations et du but de ce poste s'il est présent. Pour les CSSS, nous retrouvons une note quant à l'accessibilité des services et l'adaptation de ceux-ci à la population des Premières Nations.

Globalement, cette collecte a permis de constater que les services publics dispensés sont accessibles aux membres des communautés et que certaines communautés utilisent de façon assez régulière les services dispensés par le réseau. L'adaptation des services aux membres des communautés varie de façon importante selon les régions et le type de service. Il est fréquent de voir une adaptation plus poussée dans les CSSS ou dans les régions où les membres utilisent de façon plus régulière les services.

Cependant, cet accès est compromis dans certaines régions par un ou plusieurs des facteurs suivants :

- Un manque de compréhension et de connaissance des services dispensés dans les communautés et de la responsabilité du réseau provincial envers les Premières Nations ;
- La distance entre la communauté et les services ;
- L'absence de route reliant la communauté et les lieux de services ;
- Une langue d'usage différente.

COLLECTE NO 2: INVENTAIRE DES SERVICES DANS LES COMMUNAUTÉS

Méthodologie

La deuxième collecte de données, tenue entre novembre 2009 et décembre 2010, avait pour but de dresser le portrait (1) de la perception des intervenants quant aux diverses problématiques de santé mentale vécues dans les communautés, (2) des services offerts dans les communautés, et (3) des relations avec les ressources du réseau provincial.

En ce sens, un questionnaire destiné aux intervenants de toutes les communautés visées par le projet a été élaboré par l'équipe de consultants, en collaboration avec la CSSSPNQL et le comité d'orientation. Outre les questions à caractère sociodémographique, ce questionnaire est composé de quatre sections distinctes.

Dans la **première section**, les répondants utilisent une échelle en 5 points (de «Pas du tout important» à «Extrêmement important») pour qualifier l'importance de certaines situations liées au bien-être mental dans leur communauté de réponse.

La **deuxième section** est un ensemble de 6 grilles, dont les cinq premières demandent au répondant d'identifier les professionnels et autres intervenants présents dans sa communauté, les services qu'ils offrent, les problématiques visées par leurs interventions, ainsi que leurs populations cibles, et ce, par secteur d'emploi (santé et services sociaux; écoles et centres de la petite enfance; police; ressources communautaires et réseau d'aide informel). La sixième grille permet au répondant d'identifier les protocoles existants entre les divers secteurs d'intervention de sa communauté.

La **troisième section** s'adresse aux répondants qui effectuent des références vers le réseau provincial. Ceux-ci sont invités à qualifier la facilité du processus, (de «tout à fait d'accord» à «tout à fait en désaccord»), la réponse des clients à la référence, et la satisfaction des clients quant aux références en utilisant une échelle en 5 points (de «Presque toujours» à «Presque jamais»). Tous les répondants sont priés d'inscrire les raisons qui favorisent ou limitent les références vers le réseau provincial et ce qui pourrait contribuer à une meilleure coordination entre les services des communautés et ceux du réseau provincial.

Finalement, la **quatrième section** est réservée aux répondants pour qui la communauté a une entente de services ou un protocole de collaboration avec une ou des ressources du réseau provincial. Les répondants identifient le ou les organismes concernés et, en utilisant une échelle en 5 points, évaluent leur satisfaction des services offerts par l'organisme, leur satisfaction du protocole (de «Tout à fait satisfait» à «Tout à fait insatisfaisant»), et l'adaptation des services à la réalité des Premières Nations. Une section libre permet au participant de formuler des commentaires concernant le protocole.

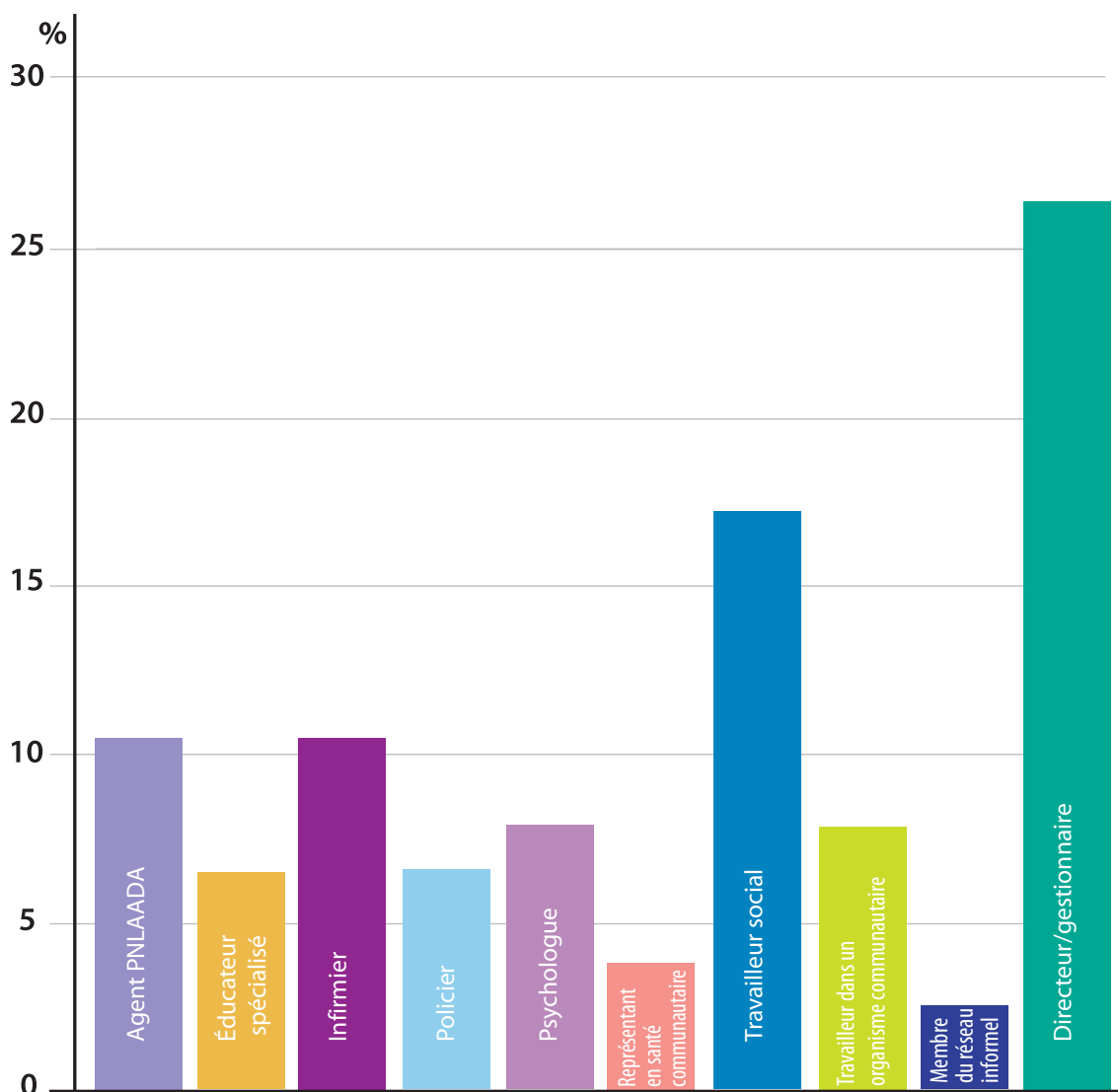
Dans le but d'offrir une facilité d'accès et d'usage, ce questionnaire a été informatisé et rendu disponible en ligne. Suite à l'envoi en novembre 2009 d'une lettre électronique d'introduction et d'invitation aux directeurs des services de santé ou des services sociaux des communautés visées, chaque communauté incluse dans le projet devait identifier pour le questionnaire au moins un répondant. Celui-ci devait être un intervenant ou un cadre et pouvait provenir des différents secteurs d'intervention présents dans la communauté. Les communautés étaient également invitées à soumettre le nom d'autres répondants si elles le jugeaient souhaitable. Au cours de la période allant de janvier à juin 2010, des relances par téléphone ont été effectuées auprès des répondants identifiés n'ayant pas soumis leur questionnaire, et des relances par courriel ont été faites auprès des directeurs n'ayant pas fourni de nom de répondant. L'envoi de questionnaires en version papier a été effectué pour certains répondants qui préféraient ce mode de réponse. De plus, au cours des démarches pour la troisième collecte, l'équipe de consultants et la CSSSPNQL ont invité les participants de cette collecte à remplir le questionnaire, si ce n'était déjà fait. Des copies papiers leur ont été distribuées si désiré. En août 2010, un minimum d'un questionnaire avait été reçu pour 17 des 29 communautés (59 %). Des contacts téléphoniques avec les directeurs des services de santé et des services sociaux des communautés n'ayant pas encore répondu ont été réalisés entre septembre et décembre 2010 afin d'obtenir un taux de réponse le plus élevé possible. En février 2011, au dépôt de ce rapport, le taux de réponse final était de 86 % (soit 25 communautés).

Les données du questionnaire ont été compilées à l'aide du logiciel SPSS 18. Pour les répondants ayant rempli le questionnaire en ligne, les données ont été importées de façon automatique dans la base de données. Les données provenant des questionnaires en version papier ont été inscrites manuellement et revalidées par un membre de l'équipe de consultants.

Il est important de considérer les différents défis auxquels l'équipe de consultants et la CSSSPNQL ont été confrontées lors de la réalisation de cette deuxième collecte. D'abord, malgré un désir de rendre le questionnaire plus accessible par sa mise en ligne, il s'est avéré que les répondants ont de loin préféré remplir le questionnaire en version papier. Certains directeurs ont fourni un nombre élevé de répondants potentiels, mais peu d'entre eux ont complété le questionnaire. Les relances téléphoniques ont permis de constater que les grilles de la deuxième section étaient trop complexes et décourageaient certains répondants. De plus, un nombre restreint ($n=8$) de questionnaires ont été remplis en ligne mais n'ont pas été acheminés à la base de données. Ce problème a été causé par une erreur dans la programmation du sondage lors de sa mise en ligne. Cependant, la moitié ($n=4$) de ces répondants ont rempli de nouveau le questionnaire. Ensuite, une autre limite est liée à la durée de la collecte. En effet, les données ont été collectées sur une année entière. Comme bon nombre de ces données concernent des attitudes et des perceptions, il est possible que différentes actions entreprises au cours de cette période aient affecté la réponse de certains sujets. Cependant, les thèmes couverts sont complexes, et il est peu probable que des changements draconiens aient eu lieu durant cette période. Finalement, la sélection aléatoire n'étant pas possible, les données ont été collectées sur un échantillon de convenance. Les résultats doivent ainsi être analysés en tenant compte du fait qu'ils ne sont pas généralisables à tous les intervenants et cadres des communautés. Les données sont limitées par le fait qu'il s'agit d'opinions et non d'observations objectives de la situation.

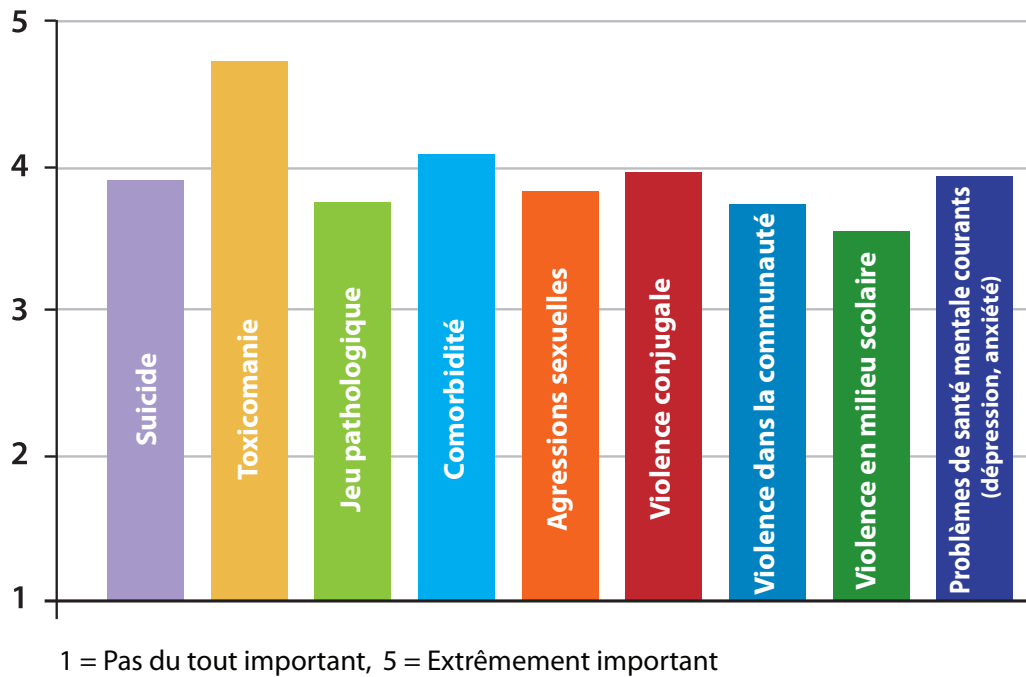
Résultats

Au moment de rédiger ce rapport (février 2011), 76 participants provenant de 25 communautés avaient complété le questionnaire. Près des trois quarts des répondants sont des femmes (72,4 %) et près des deux tiers sont âgés entre 35 et 54 ans (60 %). Plus de la moitié sont Autochtones (60,5 %). Plus de 60 % des participants travaillent dans une communauté des Premières Nations depuis cinq ans ou plus. Ils occupent une grande variété d'emplois, dont les postes les plus souvent mentionnés sont directeur/gestionnaire (26,3 %), travailleur social (17,1 %), agent PNLAADA (10,5 %) et infirmier (10,5 %).



En ce qui concerne la sévérité des problèmes de santé mentale dans les communautés, les 76 répondants ont indiqué, en moyenne, que tous les problèmes étaient au minimum très importants. Un de ces problèmes, soit la toxicomanie, se démarque par le fait que les participants ont jugé ce problème extrêmement important.

GRAPHIQUE 1 : SÉVÉRITÉ DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE



Concernant les services offerts dans les communautés et répertoriés par les participants dans le cadre de ce questionnaire, nous constatons que les services visent surtout les troubles de santé mentale courants, le suicide et l'abus de substance. Les interventions pour les abus sexuels et la violence conjugale sont aussi assez fréquemment notées. Un plus faible pourcentage des interventions semble dirigé vers les problèmes de jeu et la comorbidité.

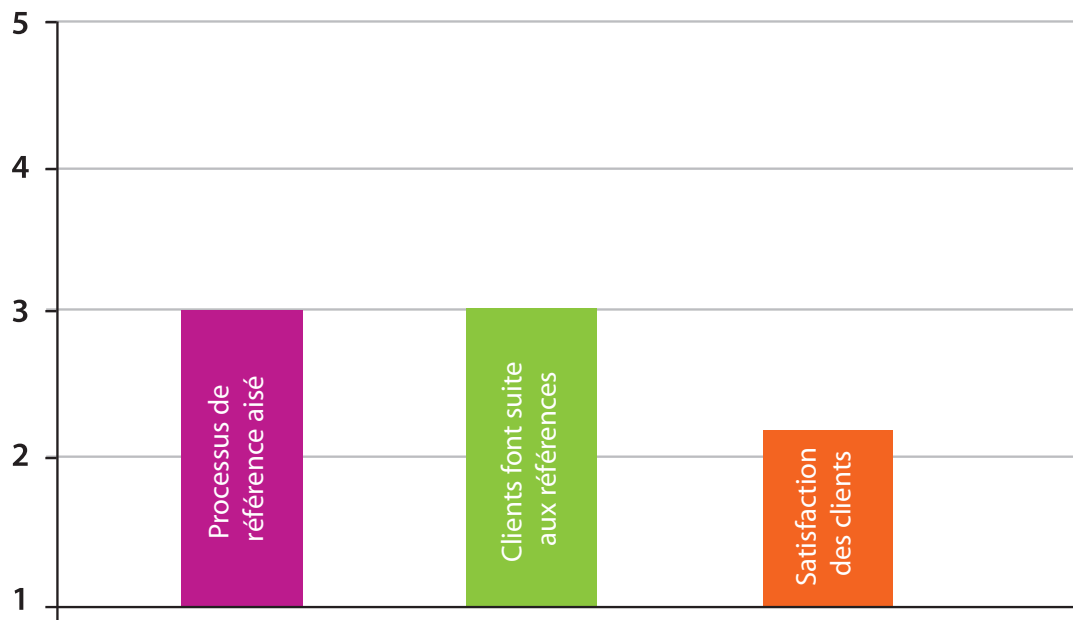
Problématique visée	Santé et services sociaux (n=307)	École et CPE (n=152)	Sécurité publique (n=60)	Ressources communautaires (n=212)	Réseau Informel (n=154)
Santé mentale	61 %	55 %	65 %	21 %	39 %
Suicide	56 %	51 %	82 %	20 %	47 %
Toxicomanie	61 %	48 %	85 %	32 %	53 %
Jeu pathologique	34 %	25 %	22 %	14 %	28 %
Comorbidité	42 %	34 %	42 %	17 %	26 %
Abus sexuel	48 %	44 %	72 %	19 %	30 %
Violence conjugale	50 %	45 %	92 %	23 %	36 %
Violence dans la communauté	36 %	36 %	88 %	17 %	38 %
Violence en milieu scolaire	32 %	61 %	68 %	10 %	22 %

En ce qui a trait aux clientèles visées par ces services, les répondants en rapportent moins pour les aînés que pour les autres groupes d'âge. Aussi, peu de services sont développés spécialement pour les parents.

Population cible	Santé et services sociaux (n=307)	École et CPE (n=152)	Sécurité publique (n=60)	Ressources communautaires (n=212)	Réseau Informel (n=154)
Enfant	70 %	88 %	87 %	49 %	45 %
Femme adulte	73 %	-	93 %	50 %	75 %
Homme adulte	74 %	-	93 %	39 %	75 %
Aîné	60 %	-	80 %	37 %	68 %
Parents	-	61 %	-	-	-

Plus de 86 % des répondants (66) ont complété la section portant sur les références effectuées auprès des services dans le réseau de santé québécois. Les réponses démontrent une perception mitigée quant au processus de référence dans le système de santé québécois. Les répondants rapportent que le processus de référence est moyennement aisé, que les clients sont moyennement satisfaits des références et qu'ils ne donnent suite aux références que dans la moitié des cas.

GRAPHIQUE 2 : RÉFÉRENCES AU RÉSEAU PROVINCIAL



1 = Tout à fait d'accord, 5 = Tout à fait en désaccord

Les répondants ont ensuite mentionné les thèmes qui, selon eux, facilitent le processus de référence. Deux facteurs sont mentionnés par un nombre important de participants comme facilitant ce processus, soit le fait que les services ne sont pas disponibles dans la communauté (27,6 %) et la mise en place de mécanismes formels ou informels de collaboration (22,7 %).

Ce qui facilite les références au réseau provincial

Thèmes	# de répondants qui ont mentionné le thème	% de répondants qui ont mentionné le thème
Lorsque les services ne sont pas disponibles dans la communauté	21	27,6 %
Lorsqu'il y a des mécanismes formels ou informels de collaboration ou lorsqu'il y a de bonnes lignes de communication	17	22,4 %
Accessibilité des soins et du matériel en anglais ou si la personne parle français	8	10,5 %
Bonne connaissance du réseau	8	10,5 %
Quand le service répond au besoin	7	9,2 %
Participation du patient, ou de la famille	6	7,9 %
Urgence médicale	6	7,9 %
Pour assurer la confidentialité du patient	4	5,3 %
Bon réseau de transport pour le patient	1	1,3 %
Quand l'intervenant accompagne le patient	1	1,3 %
Proximité des ressources	1	1,3 %

En ce qui concerne les facteurs qui limitent les références au réseau provincial, deux sont plus particulièrement mentionnés par les participants : le manque d'adaptation culturelle (incluant les barrières linguistiques) et le manque de disponibilité et de connaissances du réseau.

Ce qui limite les références au réseau provincial

Thèmes	# de répondants qui ont mentionné le thème	% de répondants qui ont mentionné le thème
Manque d'adaptation culturelle ; manque de connaissances concernant les ressources de la communauté et leurs limites ; barrière de la langue (anglais et langues autochtones)	35	46,1 %
Manque de disponibilité ; liste d'attente ; manque de connaissance du réseau	22	28,9 %
Inaccessibilité des ressources – distance, absence de réseau routier, coût du transport, besoins logistiques	15	19,7 %
Manque de collaboration du patient ; refus ou manque d'intérêt pour services non autochtones	9	11,8 %
Difficultés liées aux batailles juridictionnelles (Québec, Ontario, Canada)	8	10,5 %
Préjugés, manque de respect et subjectivité	8	10,5 %
Aucune	4	5,3 %
Communication déficiente ; structures trop lourdes	3	3,9 %

Trois facteurs qui pourraient contribuer à une meilleure collaboration ont été fréquemment mentionnés par les participants : la mise en place de mécanismes structurés de collaboration (46,0 %), la signature d'ententes formelles (21,1 %) et la réorganisation des ressources dans les communautés (18,4 %).

Ce qui contribue ou peut contribuer à une meilleure collaboration

Thèmes	# de répondants qui ont mentionné le thème	% de répondants qui ont mentionné le thème
Mécanismes structurés de collaboration et de communication, tels que rencontres régulières, formulaires de suivi, réduction des préjugés et de la méconnaissance ; formation continue	35	46 %
Ententes formelles et signées	16	21,1 %
Développement et réorganisation des ressources dans les communautés	14	18,4 %
Plus de ressources en anglais dans le réseau ou accès aux services des provinces adjacentes	11	14,5 %
Augmenter les ressources du réseau, telles que maison d'hébergement à proximité des établissements de soins	5	6,6 %
Implication des représentants de la communauté dans le processus décisionnel du réseau	2	2,6 %

COLLECTE NO 3: CONSULTATIONS AUPRÈS DES COMMUNAUTÉS

Méthodologie

La troisième collecte de données, tenue entre février et novembre 2010, avait pour but de recueillir les perceptions d'intervenants et de cadres travaillant dans les communautés quant aux facteurs facilitateurs et aux barrières qui influencent le développement de ressources en santé mentale, et des pistes de solution.

La stratégie conçue pour cette collecte a été la tenue de consultations en groupe (focus group) auprès d'intervenants et de cadres de onze des communautés visées par le projet. Une grille d'entrevue de groupe semi-structurée a tout d'abord été élaborée par l'équipe de consultants et la CSSSPNQL. Celle-ci établit un ordre privilégié pour aborder les différents thèmes mais n'inclut aucune question spécifique et n'exclut pas le remaniement des thèmes si la situation s'y prête.

Les thèmes abordés dans le cadre des consultations sont :

- les problématiques fréquentes de santé mentale dans la communauté;
- les initiatives et programmes pour la santé mentale dans la communauté;
- les moyens utilisés par les membres de la communauté pour les situations liées à la santé mentale;
- les éléments qui limitent l'offre et l'accès aux services dans la communauté et ce qui favoriserait une meilleure offre;
- le processus de collaboration avec le réseau québécois;
- les éléments qui favorisent ou limitent l'accès aux ressources du réseau québécois;
- les suggestions pour une meilleure coordination entre les deux fournisseurs de services;
- les plus grandes forces de la communauté.

En regard de l'objectif de cette collecte qui se voulait de nature qualitative, un échantillon de convenance de onze communautés a été sélectionné. Par cet échantillon, l'équipe de consultants et la CSSSPNQL tentaient d'obtenir une description détaillée de ces réalités dans une variété de conditions. Les facteurs de sélection suivants ont servi à l'élaboration de l'échantillon : la situation géographique (degré d'éloignement); la nation; la langue parlée. Une fois les communautés sélectionnées, la CSSSPNQL a effectué plusieurs contacts avec une personne-ressource de la communauté afin de sélectionner une date pour la tenue de la consultation et, si nécessaire, de recueillir les noms des participants potentiels. Les participants pouvaient provenir de différents

milieux: secteur de la santé, services sociaux, éducation, centres de la petite enfance, police, ressources communautaires ou réseau informel; et pouvaient être tant des cadres que des intervenants terrain avec plus ou moins d'expérience. Un courriel d'invitation a été envoyé aux participants identifiés, de même qu'un rappel quelques jours avant la tenue du groupe.

Bien que l'information collectée ne soit pas de nature très sensible, il n'en demeure pas moins qu'elle requérait le consentement éclairé des participants. Ainsi, après l'explication du projet et du but de la consultation, les participants ont tous reçu un formulaire de consentement qui a été lu en leur présence. Toutes les questions ont obtenu une réponse avant que les participants signent le formulaire. Une fois le consentement signé, la collecte de données a officiellement débuté.

Le formulaire de consentement spécifiait que les consultations étaient enregistrées. Le compte rendu intégral des consultations a été effectué à l'aide de ces enregistrements. Afin de s'assurer de la validité de ce compte rendu, un membre de l'équipe a contre-vérifié les transcriptions à l'aide des enregistrements. Les transcriptions ont été importées dans un logiciel d'aide à l'analyse qualitative, N'VIVO 8. L'analyse des transcriptions avait pour but de faire ressortir les thèmes soulevés par les participants.

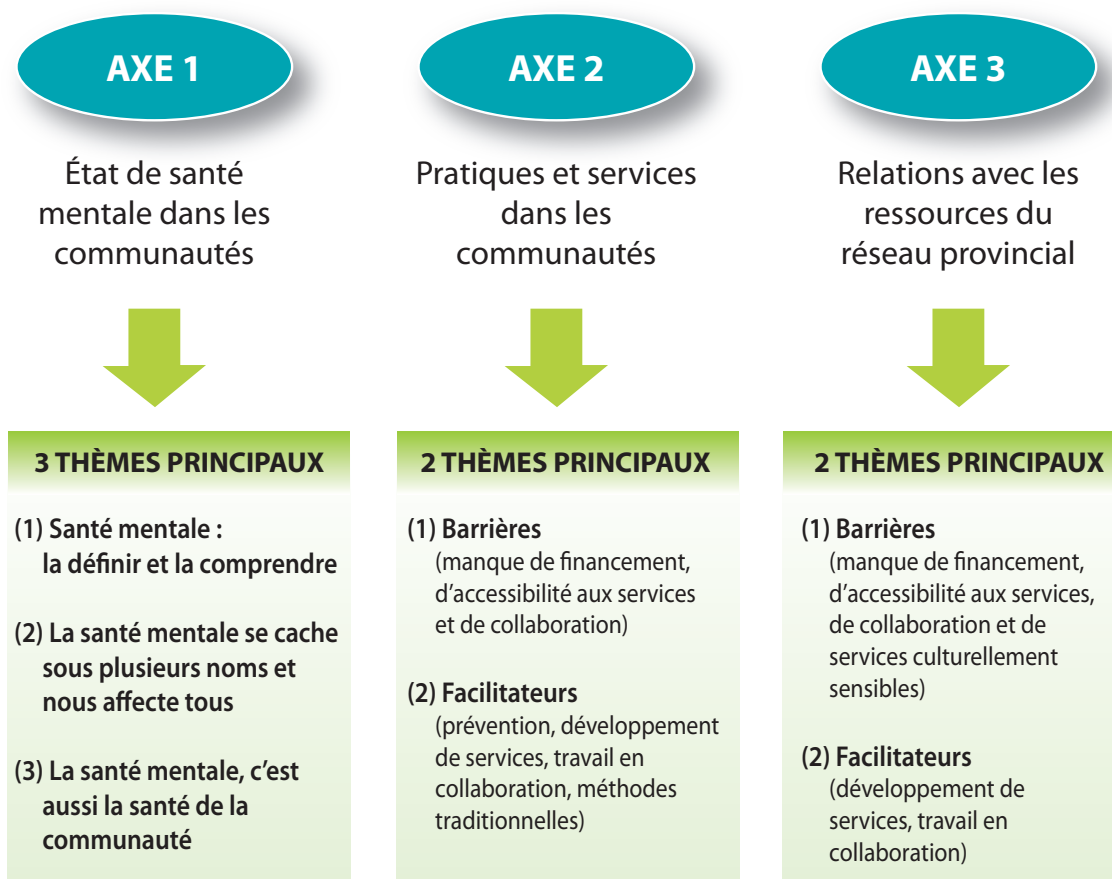
Une analyse de validation des thèmes a été effectuée à l'automne 2010 par une étudiante au baccalauréat en travail social qui a été supervisée par une des consultantes du projet. Quatre des consultations ont été codées de façon indépendante de la démarche principale à l'aide du logiciel d'assistance à l'analyse qualitative N'VIVO 8. Le choix de ces quatre consultations a été fait de manière à retrouver une diversité sur le plan des facteurs liés à la langue et à la distance géographique. Le but de cette analyse complémentaire était de confirmer les thèmes identifiés par l'analyse principale, ainsi que de parfaire leur organisation. À la lumière de ce regard extérieur, les résultats de l'analyse principale ont été mis à jour.

Un des principaux défis de cette collecte de données a été l'échelonnement des consultations sur une période de 10 mois (incluant une relâche de 3 mois au cours de l'été), étant donné la complexité de la coordination et la mobilisation requise pour les consultations. Considérant les thèmes abordés et la nature subjective des données, il est possible que le contenu de certaines consultations ait été affecté par des changements ayant eu cours pendant la période de collecte. Il demeure que les thèmes sont complexes et que la probabilité de changements importants les concernant est très limitée. Finalement, les données ont été collectées sur un échantillon de convenance. Malgré les efforts pour recruter des participants de divers milieux, les services de santé et les services sociaux ont été les plus sollicités. Ainsi, les résultats, qui sont de nature qualitative et qui représentent l'opinion des participants aux consultations, doivent être interprétés comme tels et ne peuvent être tenus pour représentatifs de l'ensemble des intervenants et des cadres de toutes les communautés visées par le projet.

Résultats

Les onze communautés consultées sont les suivantes : Akwesasne, Gesgapegiag, Kahnawake, Kitigan Zibi, Listuguj, Mashteuiatsh, Nutashkuan, Obedjiwan, Pakua Shipi, Unamen Shipu et Wendake. Le nombre de participants par consultation a varié de 5 à 12, pour un total de **89 participants**. De ce nombre, 52,8 % étaient des intervenants des services de santé ou des services sociaux, 25,8 % étaient des coordonnateurs, cadres, chefs d'équipe ou gestionnaires, 10,1 % étaient des travailleurs liés au domaine de la santé ou des services sociaux non intervenants, 5,6 % étaient du milieu de l'éducation, 3,4 % étaient de la sécurité publique, et 2,3 % étaient des membres de la communauté impliqués dans le bien-être mental des membres de leur communauté.

Les résultats de cette collecte de données se définissent selon trois grands axes, soit l'état de santé mentale des communautés, les pratiques et les services dans les communautés et les relations avec les ressources du réseau provincial. Le graphique suivant résume les thèmes associés à chacun des axes, alors que les sections suivantes les décrivent en détails.



AXE 1

ÉTAT DE SANTÉ MENTALE

Tout d'abord, les consultations ont permis de recueillir les perceptions des participants concernant l'état de santé mentale dans leur communauté.

Trois grands thèmes ont été identifiés :

- (1) La définition et la compréhension de la santé mentale
(Santé mentale : La définir et la comprendre) ;
- (2) Les problématiques et les préoccupations en matière de santé mentale
(La santé mentale se cache sous plusieurs noms et nous affecte tous) ; et
- (3) Les éléments socio-économiques qui sont perçus comme jouant un rôle direct ou indirect dans l'état de santé mentale dans la communauté
(La santé mentale, c'est aussi la santé de la communauté).

Les éléments présentés dans les tableaux des sections subséquentes sont ceux qui ont été mentionnés dans la majorité des consultations.

Thème 1

Santé mentale : La définir et la comprendre

Les consultations ont mis en lumière l'utilisation peu commune de l'expression «santé mentale», tant chez les membres des communautés que chez les participants aux consultations. Cette expression suscite un malaise ou de l'incompréhension qui empêchent la mobilisation des membres de la communauté sur cette problématique. Outre ces éléments communs, les participants de certaines consultations nous ont mentionné que la santé mentale se référait à une urgence d'agir, qu'il existait des préjugés envers les gens atteints de troubles de santé mentale et que ceux-ci étaient stigmatisés. Certains intervenants ont émis qu'ils se sentaient peu ou pas outillés pour intervenir face aux troubles de santé mentale.

Tableau 2 : Santé mentale : La définir et la comprendre

L'expression « santé mentale » est très peu utilisée par les membres des communautés
Les intervenants utilisent rarement l'expression « santé mentale » dans leur discours
La mobilisation des membres de la communauté envers la santé mentale est difficile, car la notion de santé mentale suscite un malaise (maladie mentale, folie, tabou) ou de l'incompréhension
Le discours pour la mobilisation envers les problèmes de santé mentale est souvent axé sur les émotions et les comportements qui peuvent être liés au bien-être mental ou aux troubles de santé mentale
Les participants associent l'expression « santé mentale » aux troubles spécifiques pouvant être diagnostiqués, mais aussi aux déséquilibres psychologiques, émotionnels ou spirituels

Thème 2

La santé mentale se cache sous plusieurs noms et nous affecte tous

De manière récurrente, les participants ont identifié l'abus de substance ou la comorbidité (cooccurrence de l'abus de substance et d'un trouble de santé mentale) comme étant l'un des problèmes majeurs de santé mentale de leur communauté. Ils perçoivent également une hausse de cette comorbidité. Les participants s'inquiètent beaucoup pour les jeunes, lesquels sont susceptibles de développer des troubles de santé mentale en raison de leur consommation abusive de substances. Ces abus de substances sont perçus comme devenant plus nocifs, et cette situation accroît les inquiétudes des participants. De manière générale, recevoir des services pour l'abus de substances était perçu comme une démarche positive. De l'avis des participants, les troubles mentaux graves diagnostiqués et sans comorbidité ne sont pas particulièrement fréquents. Ils notent cependant l'accès difficile au diagnostic. Finalement, les troubles transitoires et les facteurs de risque psychosociaux associés aux troubles mentaux sont assez fréquents, mais ne sont pas généralement perçus comme des préoccupations majeures pour la santé mentale.

Tableau 3 : La santé mentale se cache sous plusieurs noms et nous affecte tous
Les participants nomment l'abus de substances, seul ou en comorbidité avec un trouble de santé mentale, comme étant un des problèmes de santé mentale les plus visibles
La comorbidité (cooccurrence d'un trouble de santé mentale et d'une consommation abusive) est en hausse
Les jeunes sont à risque, en raison de leur consommation abusive de substances
Les patrons de consommation sont plus nocifs (début plus tôt, substances plus toxiques, cumul de dépendances et accessibilité accrue des substances)
Aller chercher de l'aide pour un problème d'abus de substances est une démarche perçue positivement
Les troubles mentaux graves diagnostiqués sont peu fréquents
L'accès au diagnostic est difficile
Les troubles mentaux transitoires (tels que la dépression) sont les problèmes de santé mentale les plus fréquents, qu'ils soient diagnostiqués ou non
Des facteurs de risque psychosociaux (faible estime de soi, idéations suicidaires) associés aux troubles mentaux sont d'assez à très fréquents dans les communautés

Des éléments plus spécifiques à certaines communautés ont été soulevés en lien avec ce thème. Certains participants ont fait état d'un manque de services pour les gens atteints de troubles mentaux graves ou en situation de comorbidité, diagnostiqués ou non, et des difficultés créées par les fortes demandes sur les services existants que ces gens peuvent faire à certains moments, particulièrement ceux souffrant de troubles de la personnalité. De plus, quelques participants ont émis la possibilité qu'un certain nombre de membres de la communauté ne soient pas diagnostiqués pour un trouble mental grave malgré qu'ils en souffrent. La banalisation de la poly-toxicomanie et l'association directe de la consommation sur la hausse de tentatives de suicide et de suicides complétés ont été soulevées. Certains ont noté une hausse des cas de maladie d'Alzheimer et de démence, surtout en lien avec la hausse de la population âgée, et d'autres ont fait mention de l'importance de problématiques développementales et se questionnaient sur les liens entre la consommation abusive et ces troubles. Dans quelques communautés, les participants étaient d'avis que la reconnaissance des troubles transitoires et des facteurs de risque était beaucoup plus importante et moins stigmatisante que la présence d'un trouble mental grave. Les participants de certaines consultations ont fait état de problèmes de consommation de médication prescrite, tels que la consommation abusive ou récréative, ou leur mauvais usage. Ils ont également mentionné que la population ne reconnaissait pas ces problèmes de consommation, étant donné la nature médicale de ces drogues. Finalement, les problèmes de consommation ont été parfois associés à une forme d'automédication pour des problèmes de santé mentale sous-jacents.

Thème 3

La santé mentale, c'est aussi la santé de la communauté

Nous constatons que les préoccupations quant à la consommation abusive refont surface, en lien avec les problèmes de violence qu'elle engendre. Les participants s'inquiètent du manque de communication et d'échange entre les aînés et les jeunes, de même que du manque d'habiletés parentales qui empêche le développement optimal des jeunes. Les participants ont aussi mentionné qu'il était fréquent que certains membres de la communauté commettent des indiscrétions et s'impliquent dans les situations des autres et que la présence de dénigrement et de commérages entre différentes factions de la communauté soit très importante. Finalement, de manière unanime, la pénurie de logement a été identifiée comme un problème important et ayant un impact sur la santé mentale, que ce soit en raison de l'éloignement de la communauté ou du surpeuplement.

Tableau 4 : La santé mentale, c'est aussi la santé de la communauté

Une hausse de la consommation de substances engendre une hausse de la violence dans la communauté
Déconnexion entre les générations (les jeunes et les aînés)
Le manque d'habiletés parentales affecte négativement le développement des jeunes
Indiscrétion et dénigrement entre les membres d'une communauté
Pénurie de logement

Parmi les consultations, les facteurs négatifs suivants ont aussi été nommés, mais de façon plus sporadique : la banalisation des situations d'abus des enfants, la transmission intergénérationnelle du trauma, particulièrement l'expérience des pensionnats ; la présence d'abus physiques et financiers des aînés ; la perte d'identité et de la culture ; la faiblesse de l'économie locale et le haut taux de pauvreté ; le manque de responsabilisation des membres de la communauté ; l'éloignement causant un coût de la vie élevé, le manque de ressources et l'isolement ; la fréquence des élections apportant des changements fréquents au conseil et pouvant affecter les projets en cours ; et des difficultés à s'intégrer dans le contexte régional quand la langue d'usage est différente (anglais dans un contexte francophone). Cependant, plusieurs points favorisant la santé des communautés ont été nommés, tels que l'accès à l'emploi ; une économie forte ; le dynamisme des membres ; l'organisation de la communauté ; la présence de services professionnels ; le réseau familial ; de fortes habiletés parentales ; l'entraide et le soutien ; la valorisation des composantes culturelles, incluant la langue ; les capacités d'adaptation et d'ouverture ; et les mouvements de dénonciation envers les problématiques affectant les communautés, particulièrement liées au trafic de drogues.

AXE 2

PRATIQUES ET SERVICES DANS LES COMMUNAUTÉS

Le deuxième axe de données concerne les services et les pratiques en place ou souhaités dans les communautés, soit ceux de juridiction fédérale. Deux thèmes généraux se sont imposés, soit les **barrières existantes** à une bonne offre de services et les **meilleures pratiques et facteurs de réussite**. Ces thèmes ont été divisés en sous-catégories. Les barrières existantes sont les éléments qui empêchent la mise en place de services ou de pratiques jugés comme nécessaires ou souhaités, qui limitent l'accessibilité aux ressources ou qui limitent la disponibilité de services optimaux pour les clients. Les facteurs de réussite sont, au contraire, ceux qui sont perçus comme favorisant le déploiement de bonnes pratiques en santé mentale. Ils ont été déjà utilisés par le passé ou sont suggérés par les participants en tant que nouvelles avenues à explorer.

Sous le thème des barrières existantes, notons (1) le manque au plan du financement; (2) les difficultés dans l'accessibilité aux services; et (3) le manque de collaboration, de communication et de mobilisation.

Les meilleures pratiques et les facteurs de réussite consistent en (1) la prévention et la sensibilisation quant aux problématiques de santé mentale; (2) le développement de services dans les communautés; (3) le travail en collaboration; et (4) l'utilisation de méthodes traditionnelles de guérison.

Thème 1

Barrières existantes

(1) Manque de financement

Les participants identifient le manque de financement comme étant le principal facteur qui affecte le développement de services offerts dans les communautés. Les intervenants doivent consacrer beaucoup de leur temps de travail à la résolution de situations de crise ou à très haut risque de complications, car ce sont des priorités d'interventions, et leur volume est tel que les intervenants en place ne peuvent, en grande partie, que se concentrer sur les dossiers les plus prioritaires. Ce manque de personnel est causé dans plusieurs communautés par un manque d'ouvertures de postes pour des intervenants supplémentaires, et est donc directement lié au manque de financement. Dans d'autres communautés, ce manque est plutôt lié à un fort roulement de personnel et, par conséquent, à une pénurie de main-d'œuvre. Le manque de ressources financières, et donc de personnel, empêche le dégagement de tâche pour de la prévention secondaire ou tertiaire. Le manque de financement bloque également l'accès à la formation continue et le développement de l'offre de services en santé mentale pour les jeunes, en dehors des services fournis pour les jeunes qui reçoivent des services des Centres jeunesse. Finalement, le manque de financement a causé une réduction des ressources financières du programme SSNA, et il est important de noter que celui-ci ne permet pas la couverture de suivi psychologique à long terme.

Tableau 5 : Le manque de financement

Beaucoup du temps d'intervention est consacré aux situations de crise ou à très haut risque de complications
Peu de dégagement pour effectuer de la prévention secondaire et tertiaire
Manque d'accès à la formation continue
Peu ou pas de services pour la santé mentale pour les jeunes qui ne reçoivent pas de services des Centres jeunesse
Le programme des Services de santé non assurés (SSNA) n'est pas suffisant pour le suivi à long terme

Les items en lien avec le manque de financement qui n'ont été mentionnés que dans certaines communautés sont l'absence de maison des jeunes; le nombre limité d'activités organisées pour les jeunes; le peu de ressources dans le milieu scolaire; le manque d'infrastructures pour les soins ou pour le bien-être de la communauté (centre communautaire, maison intergénérationnelle); le nombre très limité de ressources pour la réadaptation des jeunes consommateurs; l'absence de centre de crise 24/7; l'inexistence d'un poste d'intervenant culturel ou de valorisation des approches culturelles; l'inexistence ou le nombre limité de services pour les aînés, et particulièrement pour les services liés à la santé mentale; le manque de services pour la comorbidité; les inquiétudes liées à la fin du soutien qui était reçu par la Fondation autochtone de guérison; le peu d'argent accordé par Santé Canada aux services, en comparaison au financement pour l'administration et autres activités, et le manque de bonification d'ententes de services sous-financées par Santé Canada.

(2) Difficultés dans l'accessibilité des services

Les critères des programmes de Santé Canada sont considérés comme trop rigides et ne permettent pas de répondre à tous les besoins. De plus, les participants ont identifié l'existence de listes d'attente et le manque de confidentialité comme étant d'importantes barrières.

Tableau 6 : Les difficultés dans l'accessibilité aux services

Les programmes de Santé Canada sont trop limités et rigides. Ils ne couvrent pas tous les besoins, particulièrement les besoins de traitement
Listes d'attente importantes pour accéder aux services
Manque de confidentialité : identification possible des gens qui accèdent aux services de santé et aux services sociaux, parce que les lieux où ceux-ci sont dispensés sont très visibles dans la communauté

Dans certaines communautés, le fait que l'accès aux psychologues se fasse dans le cadre du programme SSNA est une limite, car celui-ci possède une structure trop lourde pour que les gens la complètent et aient accès aux professionnels. De plus, l'absence des ressources requises dans la région et la langue d'usage requise

tendent à diminuer l'accès à cette ressource. Finalement, la polyvalence des intervenants peut apporter de la confusion et limiter l'accès volontaire aux services, car les membres de la communauté sont incertains des mandats des intervenants (s'ils travaillent pour la protection de la jeunesse ou pas).

(3) Manque de collaboration, de communication et de mobilisation

Le tableau 7 regroupe des éléments qui ont été mentionnés dans quelques communautés et qui se rapportent au manque de concertation entre les services ou entre les services et la communauté.

Tableau 7 : Le manque de collaboration, de communication et de mobilisation
Travail en silos
Collaboration déficiente entre les secteurs de la santé et des services sociaux et l'école
Manque d'identification claire quant à qui paie quoi pour les évacuations (santé ou services sociaux)
MAINC a la responsabilité de la gestion des biens en cas de curatelle publique, mais ne fait aucune gestion
Les membres de la communauté ne se mobilisent généralement que lorsque le besoin est urgent et se désengagent lorsque la situation problématique se résorbe
Les aînés ne participent que rarement aux activités organisées pour eux s'ils n'ont pas de rappel la journée même

Thème 2

Meilleures pratiques et facteurs de réussite

(1) Prévention et sensibilisation

De manière générale, la prévention primaire est très présente et est un succès. Elle se fait sous des formes variées, mais dans un bon nombre de consultations, les participants souhaiteraient qu'il y en ait davantage ou qu'elle soit bonifiée pour mieux répondre aux malaises présents dans les communautés et qui sont notés dans le tableau 1. De plus, dans certaines communautés, les participants ont mentionné que les initiatives favorisant une vie culturelle et traditionnelle active étaient une façon efficace de promouvoir une bonne santé mentale. La sensibilisation à l'épuisement professionnel et au trauma vicariant a été abordée dans quelques consultations.

Tableau 8 : La prévention et la sensibilisation
Initiatives de prévention primaire variées et généralement efficaces
Inclusion de la prévention primaire concernant la santé mentale au cours d'autres d'interventions lorsque le contexte s'y prête
Initiatives d'éducation populaire, telles que capsules ou programmes radio, bulletins d'information (newsletter)
Sensibilisation de la population par rapport à la santé mentale

(2) Développement de services dans les communautés

Afin de développer des services en santé mentale dans les communautés, les répondants ont proposé que les facteurs suivants soient pris en considération : miser sur la polyvalence, l'expertise clinique et le soutien entre intervenants, favoriser le contrôle par les communautés des services liés à la protection de la jeunesse, instaurer un service de crise et des protocoles de collaboration entre les secteurs, augmenter le nombre de postes d'intervenants, mettre en place de la formation continue pour les intervenants et davantage de services pour les jeunes, bonifier l'offre de services de Santé Canada, notamment en lien avec les services de traitement.

Tableau 9 : Le développement de services dans les communautés
Polyvalence, expertise clinique et soutien entre intervenants
Contrôle de certains aspects ou de la totalité des services liés à la protection de la jeunesse
Intervention de crise avec système de garde et protocole de collaboration entre les secteurs
Nombre plus important d'intervenants en poste
Amélioration de l'accès à de la formation continue
Augmentation des services dédiés aux jeunes
Amélioration de l'offre de services de Santé Canada : offrir des services de traitement

Certaines autres suggestions mentionnées, dans un nombre limité de communautés seulement sont : la création de ressources pour répondre aux besoins plus spécifiques des membres atteints de troubles graves ; la mise en place d'activités pour les gens qui ont un diagnostic de trouble mental, afin de leur donner la possibilité de sortir de la maison et de donner un répit aux familles ; l'instauration d'une équipe santé mentale afin de développer l'expertise et les compétences, et assurer aux clients une constance dans les services ; l'existence d'un centre pour aînés ou l'organisation d'activités rassembleuses pour ces derniers sur une base régulière ; le travail de prévention et de relation avec le citoyen par la sécurité publique ; l'existence ou la mise en place d'une maison d'hébergement pour femmes en difficulté et leurs enfants ; les interventions élargies des maisons d'hébergement pour répondre à divers besoins de la communauté en général, si ces services ne sont pas disponibles ailleurs ; la présence d'intervenants polyvalents dans le milieu scolaire ; des services de psychoéducation pour améliorer les habiletés parentales ; la mise en place de maisons de la famille, centres communautaires et de toute autre ressource qui augmente le nombre de portes d'entrée pour les services ; le développement de services à la famille distincts de la protection de la jeunesse pour rétablir la confiance ; favoriser la formation d'une relève autochtone ; et l'instauration d'un système de justice réparatrice local. Finalement, certaines communautés ont indiqué souhaiter développer un meilleur suivi des personnes atteintes de troubles de santé mentale.

(3) Travail en collaboration

Il n'y a que quelques points communs à une majorité de consultations concernant le travail de collaboration, tel qu'illustré au tableau 10. Cependant, plusieurs communautés possèdent certains mécanismes qui leur sont propres et qui ont obtenu du succès. Parmi les initiatives, on compte le regroupement des services sous un même toit pour faciliter la collaboration et la reconnaissance de l'interaction entre les secteurs d'intervention; la mise en place d'un comité ou d'une table de concertation pour améliorer la collaboration entre les secteurs; un réseautage actif; la collaboration avec les pharmacies du secteur ou de la communauté concernant l'accès à la médication (régularisation de la médication et prévention d'abus); la mise en place de services de Télésanté; et la création de comités de travail au Conseil de bande ou de façon informelle pour favoriser le bien-être de la communauté. De plus, quelques communautés ont suggéré que de rallier les membres de la communauté à un but commun puisse favoriser la collaboration en général.

Tableau 10: Le travail en collaboration
Intervention conjointe ou concertée avec les services de police
Bonne relation avec les centres de traitement PNLAADA

(4) Utilisation de méthodes traditionnelles

Dans une majorité de consultations, il est ressorti que les pratiques traditionnelles, qu'elles soient liées aux services de santé mentale ou qu'elles soient présentes de façon générale dans la communauté, étaient associées à un plus grand succès et à meilleur état de santé mentale. Certaines communautés, n'ayant pas de services formels liés à ces pratiques, ont suggéré de mettre en place un intervenant qui favoriserait le développement de ces approches. Il est à noter que certains participants ont mentionné que ce ne sont pas tous les membres des communautés qui sont à l'aise avec ces pratiques. Par conséquent, ils suggèrent de ne pas imposer ces services ou approches à toute la clientèle.

Tableau 11: L'utilisation de méthodes traditionnelles de guérison
Accès à des services traditionnels ou culturels
Soutien au développement des pratiques traditionnelles liées à la santé mentale
Activités traditionnelles dans la communauté, telles que pow-wow et groupe de drummers, chasse et pêche en territoire, artisanat
Création d'un poste d'intervenant culturel

AXE 3

RELATIONS AVEC LES RESSOURCES DU RÉSEAU PROVINCIAL

La troisième et dernière catégorie de variables collectées touche les relations établies entre les communautés et les ressources du réseau provincial offertes hors des communautés. Tel que pour la section précédente, deux grands thèmes ressortent, soit les **barrières existantes** à une bonne offre de services et les **meilleures pratiques et facteurs de réussite**. De même, ces thèmes ont été divisés en sous-catégories.

Sous le thème des barrières existantes, notons (1) les difficultés dans l'accessibilité aux services ; (2) le manque de collaboration et de communication ; (3) le manque sur le plan du financement ; et (4) des services non culturellement sensibles.

Les meilleures pratiques et les facteurs de réussite sont composés de (1) le travail en collaboration ; et (2) le développement de services pour la population des Premières Nations.

Thème 1

Barrières existantes

(1) Accessibilité aux services

Dans une majorité de communautés, les participants ont noté cinq facteurs limitant l'accessibilité aux soins en matière de santé mentale dans le réseau provincial, lesquels sont présentés au tableau 12. Ils ont mentionné l'organisation complexe et la méconnaissance des services comme jouant un rôle important. Deux autres éléments sont les longs délais d'attente et la difficulté à obtenir une consultation psychiatrique pour un besoin non urgent tel qu'un diagnostic. Finalement, les batailles entre les juridictions (fédérale et provinciale) limitent parfois l'obtention de services dans le réseau provincial.

Tableau 12 : Les difficultés dans l'accessibilité aux services

L'organisation des services dans le réseau provincial est complexe
Méconnaissance des ressources existantes d'un côté comme de l'autre
Difficulté à obtenir une consultation avec un psychiatre hors de situations d'urgence ou à obtenir un diagnostic
Délais d'attente
Difficultés à établir la responsabilité pour la charge financière des services

Pour certaines communautés, d'autres facteurs s'ajoutent. Notons les préjugés, le non-respect et le racisme vécus par les membres des communautés lors de l'utilisation de services dans le réseau; le refus d'offrir des services en raison du lieu de résidence sur la communauté; la distance ou l'absence de lien routier pouvant limiter l'accès aux services de crise en temps opportun; une trop grande distance géographique empêchant l'utilisation de certains services; et l'inexistence des services requis dans les ressources provinciales, locales ou régionales. Pour certains participants, aucunes limites, autres que celles inhérentes au système québécois, ne prévalent pour leur communauté.

(2) Manque de collaboration

La majorité des répondants ont mentionné que le manque de communication entre les services du système québécois et les ressources qui assurent le suivi dans la communauté affecte négativement le déploiement de services.

Tableau 13 : Le manque de collaboration et de communication

Le manque de suivi auprès des ressources suite à une hospitalisation ou autres services requérant un suivi

Certaines communautés ont fait état d'autres barrières, soit le fait qu'elles ne soient pas invitées aux formations offertes dans le réseau; le nombre exagéré d'autorisations requises pour accéder à certains services, particulièrement ceux de 2^e ligne; la communication entre les ressources des communautés et celles du réseau qui est souvent déficiente et qui implique plusieurs acteurs (ou trop de ceux-ci); l'interprétation subjective du droit d'accès aux services (les connaissances concernant l'accessibilité aux services provinciaux pour les autochtones varient); la vision erronée du CSSS qui conçoit les services de la communauté comme étant sous sa responsabilité et non indépendants; et les compétences des intervenants des communautés qui ne sont pas toujours reconnues.

(3) Manque de financement

Deux principales barrières directement liées au manque de financement dans le réseau provincial ont été identifiées. Les participants perçoivent que le manque de financement affecte la durée des hospitalisations ou des soins à l'urgence, et plus précisément que les personnes reçoivent des congés hâtivement, de même qu'ils ressentent le manque de spécialistes dans le réseau, particulièrement les psychiatres et pédopsychiatres.

Tableau 14 : Le manque de financement

Décharge rapide des clients hospitalisés ou à l'urgence

Manque de spécialistes

(4) Services non sensibles culturellement

Le tableau 15 regroupe des éléments qui n'ont été mentionnés que dans quelques communautés, mais qui constituaient des barrières de grande importance pour celles-ci.

Tableau 15 : Des services non culturellement sensibles
Certains services ne sont fournis qu'en français, empêchant les membres de certaines communautés d'accéder aux services
L'accès à des services psychiatriques en anglais dans certaines régions est limité à nul et empêche l'obtention de soins et de diagnostics
L'accessibilité des services en anglais varie selon l'heure et le jour de la semaine
Impossibilité d'accéder aux services offerts dans les provinces adjacentes
Le manque d'adaptation des services à la réalité des communautés et à l'importance de l'aspect culturel

Thème 2

Meilleures pratiques et facteurs de réussite

(1) Travail de collaboration

Les bonnes relations de collaboration entre le système de santé et de services sociaux du Québec et les communautés ont été identifiées par une majorité de communautés comme un facteur de réussite.

Tableau 16 : Le travail en collaboration
Lors de situations de crise, les services sont offerts aux membres des communautés en temps et lieux opportuns
Rédaction d'ententes claires entre les services des communautés et les CSSS responsables, incluant les responsabilités financières si nécessaire
Création d'une confiance mutuelle et une reconnaissance des compétences entre les services
Sensibilisation à la structure d'organisation des services de manière à réduire les préjugés de part et d'autre
Suivi de formations avec les CSSS

Plusieurs autres éléments présents n'ont été mentionnés que dans quelques communautés. Il s'agit de la collaboration avec les organismes communautaires, qui se fait sur une base égalitaire et sans question de responsabilité financière; des termes d'entente avec les Centres jeunesse qui font en sorte que les services fournis sont généralement appréciés (ententes sur l'aspect financier et les services à recevoir); de bons vecteurs de communications qui facilitent la collaboration; la collaboration avec des organismes communautaires facilitée par des structures de gestion moins élaborées; l'instigation d'activités à deux volets valorisant les

deux participants (services des communautés et services du réseau); des rencontres entre partenaires, au niveau de la direction et des intervenants; et des visites d'organismes communautaires sur la communauté pour mieux saisir leur contexte. Parmi les suggestions émises dans quelques communautés, notons la mise en place de vecteurs de communication clairs, tels que des agents de liaison ou un intervenant désigné et le fait de limiter le nombre d'acteurs impliqués dans la prise de décision pour accéder aux services, particulièrement ceux de 2^e ligne.

(2) Développement de services pour les Premières Nations

Dans cette catégorie, aucune pratique exemplaire déjà en place n'a été mentionnée. Toutefois, des suggestions ont été émises à cet effet dans un certain nombre de consultations.

Tableau 17 : Le développement des services pour la population Premières Nations
Orientation des services vers une approche holistique
Augmentation des ressources en régions éloignées
Maison d'hébergement pour les patients et leur famille à proximité des ressources si la distance est importante entre la communauté et le lieu de soins
Amélioration de l'offre de services en anglais
Acquisition de l'accès (comme précédemment) aux services offerts dans les provinces adjacentes

MISE EN COMMUN DES COLLECTES 2 ET 3 : SERVICES DANS LES COMMUNAUTÉS

Résultats

Afin de rendre compte avec exactitude des services en santé mentale réellement offerts dans les communautés, les données issues des collectes 2 et 3 ont été utilisées. Le sondage (collecte 2) a permis de dresser un inventaire des postes occupés par des professionnels qui œuvrent dans le domaine de la santé mentale, alors que les consultations auprès des membres des communautés (collecte 3) ont permis de mieux estimer l'offre réelle de services par ces professionnels.

Les données qui sont discutées ici sont issues de neuf (9) communautés qui ont à la fois répondu au sondage (section services) et fourni de l'information sur leurs services au cours des consultations : Kahnawake, Kitigan Zibi, Listuguj, Mashteuiatsh, Nutashquan, Obedjiwan, Pakua Shipi, Unamen Shipu (La Romaine) et Wendake.

Services de santé et services sociaux

Pour les services de santé et les services sociaux, nous avons demandé si les neuf (9) professionnels suivants étaient en poste dans la communauté : travailleur social, psychologue, psycho-éducateur, éducateur spécialisé, infirmier en santé mentale, agent PNLAADA, médecin généraliste, psychiatre et intervenant social ou en santé mentale (autre que travailleur social ou éducateur).

Sur la base des résultats au sondage, la distribution au travers des neuf communautés est la suivante : agents PNLAADA (100 %), travailleurs sociaux (88,9 %), éducateurs spécialisés (77,8 %), médecins généralistes (77,8 %), psychologues (66,7 %), infirmiers en santé mentale (55,6 %), intervenants sociaux (55,6 %), psycho-éducateurs (44,4 %), et psychiatres (22,2 %).

Cependant, les consultations ont permis d'apporter un éclairage plus nuancé quant à l'offre réelle de services dans les communautés. Tout d'abord, les **travailleurs sociaux** ont été identifiés comme les intervenants responsables des services de la protection de la jeunesse et, lorsque disponibles, les intervenants psychosociaux pour les services sociaux généraux. Certains possèdent donc le titre officiel de travailleur social, tandis que d'autres ont une formation en travail social mais possèdent un autre titre d'emploi, tel qu'intervenant psychosocial ou agent de relations humaines. Si nous considérons conjointement les catégories *travailleur social* et *intervenant social*, l'ensemble des communautés possèdent au minimum un intervenant dans ce champ d'action. Pour ces intervenants, il n'est pas impossible qu'ils s'occupent des problématiques de santé mentale dans le cadre de leurs fonctions (par exemple des abus de substances, de la violence), mais il est toutefois rare que leur rôle principal soit spécifiquement lié à la santé mentale. De plus, ce sont des intervenants qui agissent souvent face à des situations d'urgence ou critiques, ne pouvant que rarement offrir des services de plus longue durée.

Pour les **psychologues**, il s'agit généralement de professionnels offrant des services sous le programme de soins de santé non assurés de Santé Canada. Dans quelques cas, leurs services sont couverts par d'autres enveloppes temporaires ou par le Conseil de bande. Néanmoins, dans la quasi-totalité des communautés, ce sont des professionnels qui se rendent périodiquement sur la communauté et qui n'y sont pas employés sur une base permanente. Ces professionnels ne peuvent donc assurer la continuité des soins et sont souvent surchargés.

Si cinq (5) communautés ont mentionné un poste d'infirmière spécialisée en santé mentale, seulement deux d'entre elles possèdent une ou des infirmières dont l'unique tâche est la santé mentale, et ce titre n'est pas toujours officiel. Dans toutes les communautés, des infirmières sont en poste et interviennent face aux situations qui se présentent, incluant celles liées à la santé mentale. Toutefois, elles ne possèdent que rarement une formation plus spécifique pour l'intervention en santé mentale.

Toutes les communautés ont mentionné un **agent PNLAADA**, et cela a été confirmé lors des consultations.

Alors que les résultats au sondage semblent démontrer une forte présence de **médecins généralistes** dans les communautés, les participants des consultations ont tous fait référence au fait que, dans la grande majorité des cas, les médecins qui desservent leur communauté ne sont pas présents en permanence et sont plutôt affiliés à un CSSS. Leur rôle est perçu comme limité. Les consultations ont validé que ces médecins sont des alliés importants, particulièrement face aux problèmes transitoires, mais qu'ils endossent souvent un rôle de prescripteurs, plus que tout autre chose.

Pour ce qui est des **psychiatres**, si les réponses au sondage indiquent leur présence dans deux communautés, les consultations ont permis de démontrer qu'aucune communauté n'a de psychiatre intervenant dans celle-ci. Les collaborations se font par les CSSS, et ce sont les membres qui doivent se déplacer vers le psychiatre.

La présence et le rôle des **psycho-éducateurs** et des **éducateurs spécialisés** ont rarement été abordés lors des consultations et ne permettent pas d'analyse plus approfondie.

Écoles et centres de la petite enfance

Pour les services offerts dans les écoles et les centres de la petite enfance, la distribution des professionnels dans l'ensemble des neuf communautés, selon les réponses au sondage, est la suivante : éducateur spécialisé (66,7 %), travailleur social, psychologue, psycho-éducateur et intervenants (55,6 % pour chacun des postes).

Lors des consultations, peu de représentants de ce secteur étaient présents, et les échanges ont rarement permis d'évaluer la présence des intervenants en poste. Dans les quelques consultations touchant le sujet, notons que la présence d'éducateurs a été la plus souvent confirmée. Les services de psychologues auxquels les participants se sont référés sont également sur visite et non en permanence ; ce sont parfois les mêmes services qu'indiqués aux services de santé et services sociaux. Les interventions de ces professionnels sont généralement identifiées comme étant liées à la violence en milieu scolaire.

Sécurité publique

Pour ce qui est de la sécurité publique, tant les réponses au sondage que les consultations confirment la présence de forces policières sur toutes les communautés. La majorité des communautés ont une force locale, mais certaines sont couvertes par la Sécurité du Québec (SQ) et d'autres reçoivent le soutien de la SQ si nécessaire. Bien que les interventions les plus courantes pour ceux-ci soient la patrouille, les appels d'urgence et le traitement des plaintes, bon nombre concernent également des interventions conjointes et des accompagnements. Cela a été confirmé par les participants aux consultations. Ceux-ci ont souligné la bonne collaboration entretenue avec les policiers lors d'interventions conjointes en situation de crise et l'importance de bien identifier les rôles et responsabilités de chacun des partenaires. L'implication des policiers dans la communauté, telle que par des activités de relations avec la communauté, du travail de milieu et la prévention/promotion est également fréquemment mentionnée dans les sondages et hautement estimée selon les participants aux consultations.

Ressources communautaires

En ce qui a trait aux ressources communautaires, le portrait est très variable. La distribution, selon les réponses au sondage est : maison des jeunes (66,7 %), centre des loisirs (55,6 %), centre communautaire, groupe de soutien et maison de la famille (44,4 % pour chacun des types d'organisme), maison d'hébergement pour femmes en difficultés, organismes en santé mentale, centre pour les aînés et ligne d'écoute ou de références (33,3 % pour chacun), et centre de ressources pour hommes (11,1 %). Aucun résultat par communauté ne fait état d'une maison des femmes. Par communauté, les résultats varient de une à neuf ressources, sur une liste de onze propositions.

Les consultations ont permis de mettre en lumière que les maisons des jeunes, bien qu'elles constituent la ressource la plus répandue, sont parfois fermées dans certaines communautés pour diverses raisons, souvent d'ordre financier. Un seul groupe de soutien a été identifié lors d'une consultation, soit un groupe des Alcooliques Anonymes (AA), bien que les résultats du sondage laissent entrevoir que ce type de ressource était plus fréquemment offert. Les maisons de la famille ont été confirmées dans la majorité des cas, bien qu'elles ne soient pas toujours entièrement fonctionnelles. Les consultations ont permis de souligner que leurs interventions étaient surtout en lien avec la santé maternelle et infantile, le développement de l'enfant et les habiletés parentales. Les trois communautés ayant identifié une maison d'hébergement l'ont également fait lors de la consultation. Elles offrent, selon le sondage, des services ayant trait à la violence conjugale, mais également en lien avec des abus sexuels, des abus d'alcool et de substances, et avec de la comorbidité. Les résultats du sondage démontrent que les centres pour aînés interviennent peu quant aux problématiques visées. Pour ce qui est des centres communautaires et de loisirs, ils ont rarement été mentionnés lors des consultations. Dans les réponses aux sondages, les répondants n'ont pas fréquemment lié ces ressources à des interventions en santé mentale. Pour les organismes en santé mentale et les lignes d'écoute ou de référence, les consultations n'ont pas permis d'identifier clairement à quel organisme ou à quelle ligne les répondants ont pu se référer dans le sondage.

Réseau informel

En terminant, toutes les communautés ont identifié au minimum une ressource du réseau informel, et certaines ont sélectionné toutes les options proposées. Ainsi, selon les résultats du sondage, les aînés et les cercles de partage sont des ressources en santé mentale présentes dans 88,8 % de ces communautés, les aidants naturels et les groupes informels le sont dans 66,7 %, et les guérisseurs sont présents dans 22,2 % des communautés consultées. Les consultations ont généralement mis en lumière la présence et l'importance des aînés. La présence d'aidants naturels, de groupes informels et de cercles a également été généralement confirmée. Pour ce qui est des guérisseurs, les consultations ont mené à l'identification de deux fois plus de guérisseurs que les résultats du sondage.

CONSTATS DE LA RECHERCHE

Cette recherche met en lumière qu'il est impossible d'offrir, dans le contexte actuel de dispensation des services, une gamme de services en santé mentale similaire à celle offerte aux autres Québécois, dans toutes les communautés des Premières Nations du Québec.

En ce sens, le développement d'un modèle d'organisation de services en santé mentale bien structuré, adapté aux besoins des communautés et axé sur les problématiques les plus importantes est vital pour viser des résultats majeurs, durables et accessibles à toutes les communautés des Premières Nations du Québec.

Sur la base des résultats des trois collectes de données, quelques suggestions sont ici présentées et soumises à la réflexion des personnes qui prendront part à la séance de validation des 18 et 19 janvier 2011.

Problématiques et populations visées

Bien que plusieurs problématiques liées à la santé mentale aient été soulevées, **l'abus de substances** avec ou sans comorbidité apparaît être au cœur des préoccupations des intervenants et des personnes des Premières Nations. Les participants soulignent que ce problème affecte non seulement les individus mais également l'ensemble des communautés et que, en ce sens, il devrait être priorisé afin d'améliorer tant le mieux-être mental des individus que le fonctionnement des communautés. Si des priorités devaient être émises, un modèle d'organisation de services en santé mentale pourrait, dans un premier temps, s'articuler plus particulièrement autour de cette problématique. Les participants ont également semblé préoccupés par la situation des **jeunes** et des **aînés**; le modèle pourrait proposer des actions particulières à mener auprès de ces populations.

Services communs (1^{re} ligne)

De nombreuses pratiques exemplaires en santé mentale mises en place dans les communautés ont été rapportées. En général, ce sont des services que l'on considère de 1^{re} ligne, c'est-à-dire qu'ils visent à répondre à des problèmes de santé ou à des problèmes sociaux usuels et variés, et sont offerts près des milieux de vie des personnes. Les résultats de la présente recherche mettent en lumière la volonté des intervenants et des Premières Nations de voir ces services développés et offerts directement dans les communautés. Un modèle d'organisation de services en santé mentale pourrait donc viser à ce que l'ensemble des services communs en santé mentale, soit ceux de 1^{re} ligne, soient dispensés dans chacune des communautés.

Les participants ont mentionné des facteurs liés au bon succès de cette démarche et qui devraient être pris en considération lors de l'élaboration du modèle :

- **Prévention** : La prévention primaire est très présente et est perçue comme ayant un bon succès. Elle se fait sous des formes variées, mais dans un nombre important de consultations, les participants souhaiteraient qu'il y en ait davantage ou qu'elle soit bonifiée.

- **Intervention**: Le développement de services devrait miser sur la polyvalence, l'expertise clinique et le soutien entre intervenants, favoriser le contrôle par les communautés des services liés à la protection de la jeunesse, instaurer un service de crise et des protocoles de collaboration entre les secteurs. La mise en place ou la bonification des pratiques traditionnelles est une avenue à considérer, notamment les activités traditionnelles dans la communauté, telles que pow-wow et groupe de drummers, chasse et pêche en territoire, artisanat. Les participants ont également suggéré la création d'un poste d'intervenant culturel dans chacune des communautés.
- **Collaboration**: Le travail en partenariat pourrait s'inspirer d'initiatives mises en place dans les communautés, telles que le regroupement des services sous un même toit pour faciliter la collaboration, la mise en place d'un comité ou d'une table de concertation pour améliorer la collaboration entre les secteurs, la collaboration avec les pharmacies du secteur ou de la communauté concernant l'accès à la médication (régularisation de la médication et prévention d'abus), la mise en place de services de Télé-santé, et la création de comités de travail au Conseil de bande ou de façon informelle pour favoriser le bien-être de la communauté.

Dans ce contexte, les participants soulèvent la nécessité, de la part de Santé Canada, de mettre à la disposition des communautés des ressources qui permettront d'augmenter le nombre de **postes d'intervenants**, de mettre en place de la **formation continue** pour les intervenants et de bonifier l'offre de **services de traitement**.

Malgré un nombre important de pratiques exemplaires implantées dans les communautés, de nombreuses lacunes sont encore présentes pour assurer une offre de services cohérente avec les objectifs du Plan d'action en santé mentale (MSSS, 2005-1010) qui stipulent que le développement de services de 1^{re} ligne rapidement accessibles à toute la population est prioritaire. Parmi les pratiques suggérées par le Plan, mais peu implantées dans les communautés, se trouvent les équipes de 1^{re} ligne en santé mentale, le psychiatre répondant et les services de crise.

D'abord, l'implantation d'**équipes de première ligne en santé mentale** pourrait être considérée dans le développement d'un modèle de services en santé mentale. Un projet également subventionné par Santé Canada est actuellement en cours pour implanter et évaluer la mise en place d'une telle équipe certaines communautés du Québec (*Projet d'implantation d'une équipe en mieux-être mental dans les communautés des Premières Nations — Région du Québec*). Cette démarche permettra de documenter les retombées à court terme de ces équipes sur le mieux-être mental dans les communautés des Premières Nations du Québec.

« L'équipe de santé mentale de première ligne en CSSS est ancrée dans un territoire. Son action se situe en continuité avec les services de première ligne existants et s'adresse aux personnes dont le trouble mental ne peut être traité à ce niveau, à celles qui n'ont pas de médecin omnipraticien ou de pédiatre et aux personnes ayant des troubles mentaux graves mais dont la condition est stabilisée. L'équipe de santé mentale de première ligne est la voie d'accès privilégiée aux services de deuxième et de troisième ligne.

Son action consiste à : participer à des activités d'information, de promotion et de prévention en santé mentale; traiter certaines personnes dirigées vers l'équipe; contribuer à la formation des ressources de première ligne de son territoire et faciliter ainsi la poursuite du traitement par celles-ci; assurer des services d'intégration sociale à l'intention des personnes ayant des troubles mentaux graves stabilisés.»

Plan d'action en santé mentale, MSSS, 2005-2010, pp. 23.

Ensuite, le Plan propose qu'un **psychiatre répondant** d'un territoire local soit l'interlocuteur privilégié des intervenants de 1^{re} ligne qui ont besoin de l'avis d'un spécialiste. Sur la base de cette recherche, cette option a rarement été mise en place à ce jour, mais pourrait être considérée dans le modèle qui sera développé.

Finalement, l'organisation des services de 1^{re} ligne, selon le Plan, doit assurer l'accès à une gamme de **services de crise** intégrés, tels qu'un service d'intervention téléphonique (un numéro d'accès 24 heures/7 jours), un service mobile d'intervention de crise «face à face» et des places d'hébergement de crise. L'implantation de tels services, à l'heure actuelle, semble très variable d'une communauté à l'autre.

Services spécialisés (2^e et 3^e lignes)

Les services de 2^e et 3^e lignes devraient, selon le Plan, être accessibles aux personnes dont les symptômes sont les plus graves, dont l'état nécessite une hospitalisation ou qui ont des problèmes aigus. Les services spécialisés appuient aussi les services de première ligne et assurent le traitement des personnes dont le problème n'a pu être résolu à l'intérieur de ces services.

De façon générale, cette recherche a démontré que peu de services spécialisés étaient actuellement disponibles dans les communautés. En raison de la pénurie d'intervenants spécialisés dans le système de santé québécois et du bassin de population parfois faible pour certaines communautés, il n'apparaît pas réaliste de proposer que de tels services soient développés dans chaque communauté. Les répondants ont plutôt offert des pistes de suggestions qui permettraient aux membres de Premières Nations un accès plus fluide vers les ressources du système de santé québécois :

- **Collaboration** : Les bonnes relations de collaboration entre le système de santé et de services sociaux du Québec et les communautés ont été identifiées par une majorité de communautés comme un facteur de réussite. On pense ici à la rédaction d'ententes claires entre les communautés et les CSSS responsables, la formation des intervenants en CSSS à la réalité des Premières Nations, la sensibilisation des intervenants qui œuvrent dans les communautés à la structure d'organisation des services dans le système de santé québécois.

- **Développement de services pour les Premières Nations :** Les participants ont énoncé leur souhait que des services spécialisés pour les membres des Premières Nations soient intégrés au système de santé québécois, notamment l'amélioration de l'offre de services en anglais pour les communautés dont la langue d'usage n'est pas le français, le développement de services basés sur une approche holistique et l'offre de solutions d'hébergement pour les proches qui accompagnent une personne des Premières Nations pendant la durée des soins hors de la communauté.

SÉANCE DE VALIDATION

Liste des participants

Prénom	Nom	Communauté/Affiliation
Maggie	Terrance	Akwesasne
Robyn	Mitchell	Akwesasne
Louise	Généreux	Centre Wapan
David	McLaren	Eagle Village
Virginia	McMartin	Eagle Village
Eleanor	Pollock	Gesgapegiag
Joanna	Martin	Gesgapegiag
Vicky	Coury Jocks	Kahnawake
Stacey	Ross	Kahnawake
Gloria	Nelson	Kanesatake
Kelly	Gabriel	Kanesatake
Glenda	Sandy	Kawawachikamach
Sandra-Lynn	Leclaire	Kawawachikamach
Michel	Penosway	Kitcisakik
Robin	Decontie	Kitigan Zibi
Martine	Mathias	Long Point First Nation
Gildor	Echaquan	Manawan
Maxime	Ottawa	Manawan
Alain	Boisvert	Manawan
Jeannine	Bellefleur	Mingan
Nathalie	Lapierre	Natashquan
Lucie	Wapistan	Natashquan
Claudette	Mandeville	Lac Simon
Serge	Awashish	Opitciwan
Geneviève	Riverin	Opitciwan
Jacqueline	Lavoie	Opitciwan
Louise	Rock	Pessamit
Marie-Claude	Hervieux	Pessamit
Josianne	Mapachee	Pikogan
Marie-Luce	Jourdain	Uashat mak Mani-Utenam
Jean-Claude	Therrien-Pinette	Uashat mak Mani-Utenam
Denis	Vachon	Uashat mak Mani-Utenam
Marie-Marthe	Mark	Unamen Shipu

Prénom	Nom	Communauté/Affiliation
Jeannot	Mullen	Unamen Shipu
Delphine	Collin-Vézina	Université McGill
Mireille	De La Sablonnière-Griffin	Université McGill
Chantal	Dutrisac	Université McGill
Pierre	Saint-Arnaud	Nutashquan
Marie-Hélène	Drapeau	ASSS Côte-Nord (Havre St-Pierre)
Agathe	Connely	Wemotaci
Isabelle	Wood	Wemotaci
Milaine	Perron	Wendake
Sonia	Young	Wolf Lake
Miriam	Alonso	UQAC
Réjean	Vallières	UQAC
Johanne	Rhains	MSSS
André	Delorme	MSSS
Valérie	Boudreault	MSSS
Marie-Ève	Cournoyer	Santé Canada
Isabelle	Alary	Santé Canada
Audrey	Vézina	CSSSPNQL
Carl	Thibodeau	CSSSPNQL
Barbara	Bouchard	CSSSPNQL
Annie	Hervieux	CSSSPNQL
Edith	Picard	CSSSPNQL
Patricia	Montambault	CSSSPNQL
Richard	Gray	CSSSPNQL
Pascal	Plamondon Gomez	CSSSPNQL

Sommaire de la séance de validation

Objectifs de la conférence

En prononçant le mot d'ouverture, madame Audrey Vézina, conseillère clinique en santé mentale à la CSSSPNQL et organisatrice de la conférence, rappelle les deux (2) objectifs de l'événement :

1. Informer les participants des derniers développements touchant la prestation de services de santé mentale dans les communautés des Premières Nations du Québec ;

Présentation et validation d'une étude récente sur la situation et la compréhension de la santé mentale dans les communautés des Premières Nations du Québec, de même que sur les options en matière de prestation. L'étude a été commandée par la CSSSPNQL. Elle a été menée par une équipe de l'école de travail social de l'Université McGill.

2. Concevoir un cadre ou un plan pour orienter les communautés des Premières Nations vers l'élaboration et la mise en place des services de santé mentale accessibles et de qualité pour leurs membres.

Jour 1

Le premier jour est consacré à informer les participants des derniers développements touchant la prestation de services de santé mentale dans les communautés des Premières Nations.

1. Vue d'ensemble de la superstructure des services de santé mentale **Richard Gray, gestionnaire — services sociaux (CSSSPNQL)**

Vue d'ensemble des diverses organisations des Premières Nations, gouvernementales et non gouvernementales, et des divers groupes d'intervenants au Québec, au Canada et dans le monde qui participent aux discussions sur la santé mentale, de même qu'à l'amélioration de la compréhension de la maladie et à l'élaboration de solutions dans ce domaine.

Les participants se disent impressionnés par l'ampleur des actions en cours à divers niveaux et des partenariats conclus avec les intervenants. On espère qu'ils contribueront à améliorer la compréhension de la santé mentale et l'accessibilité des services aux peuples des Premières Nations.

Question posée

- a. Où sont les sept (7) projets pilotes sur l'amélioration de la prestation de médicaments sur ordonnance?

2. Développements récents dans la prestation de services de santé mentale au Québec

Présentation du Dr André Delorme, psychiatre, directeur de l'Unité en santé mentale, MSSS

Les participants reconnaissent les initiatives mises de l'avant pour offrir, en temps opportun, des services de santé mentale à un plus grand nombre de personnes. Les participants souhaitent également que l'on fasse un meilleur usage des autres professionnels de la santé pour soulager l'encombrement créé par l'obligation de consulter un médecin de famille.

Les participants affirment aussi que tous doivent collaborer à l'atteinte des nouvelles lignes directrices en matière de services décrites par le Dr Delorme.

Commentaires formulés et questions posées

- a. Le MSSS est-il prêt à plus de souplesse dans la prestation de services en anglais, afin de mieux répondre aux besoins de certains peuples des Premières Nations dans certains secteurs où l'on ne parle pas français?
 - Le MSSS doit respecter les lois linguistiques du Québec. L'affichage de postes exigeant des compétences linguistiques dans tous les CSSS est régi par les critères définis dans ces lois. La latitude dans ce domaine est difficile à évaluer. Il serait préférable de poser la question à quelqu'un qui connaît mieux les lois linguistiques pour examiner les options.
- b. Les participants croient que les accords de financement doivent être plus souples, afin de satisfaire aux normes de soins auxquelles les Premières Nations ont légalement droit et de tenir compte des nombreux environnements de services de plusieurs communautés des Premières Nations.
- c. Que pouvons-nous faire pour aborder la situation de plusieurs jeunes, âgés de 12 ans et moins, qui ne réalisent pas qu'ils sont confrontés à un problème, et qui conséquemment, ne demandent pas d'aide?
 - Au fur et à mesure de l'évolution de notre compréhension de la santé mentale, nous pouvons offrir plus de services appropriés. La situation évolue. La sensibilisation peut favoriser une meilleure acceptation de l'existence du problème et une plus grande volonté de chercher de l'aide. Toutefois, dans certains cas, en dernière instance, nous devons à l'occasion utiliser les recours légaux pour empêcher les gens de se faire du tort, ainsi qu'aux autres.

d. Comment pouvons-nous améliorer les services offerts aux communautés éloignées?

- Il s'agit d'un défi de taille qui ne touche pas seulement les communautés des Premières Nations. L'approche proactive semble la meilleure solution. Il faut tenter de cerner et de traiter les cas de jeunes, en très bas âge et plus faciles à gérer. Mais cela demande, bien entendu, plus de ressources. Nous devons aussi améliorer le partage des ressources existantes et l'information diffusée aux gens, de même que leur éducation. Le Dr Delorme est très encouragé par la conclusion récente de deux (2) protocoles d'entente sur la prestation de services à Manawan et à Opitciwan (Voir annexes 1 et 2).

e. Le MSSS examine-t-il des moyens pour accroître l'utilisation des services de télésanté?

- Oui, cette façon de faire est particulièrement utile au transfert d'expertise et de connaissances. Elle nécessite un investissement considérable dans l'infrastructure. Certains projets pilotes sont déjà en cours (Québec et Sept-Îles).

f. Les lignes directrices sur le nombre minimal d'équivalents temps plein (personnel en santé mentale) dans les CSSS permettent-elles de différer l'incidence de certains problèmes dans certains secteurs (par exemple l'incidence plus élevée de problèmes de dépendance et de santé mentale chez les peuples des Premières Nations que dans la population en général)?

- Oui, la fréquence d'utilisation ou des demandes de services est prise en compte dans la dotation de personnel dans les services locaux des CSSS.

3. Étude de l'Université McGill : élaboration d'un cadre des services de santé mentale destinés aux peuples des Premières Nations du Québec.

Présentation de la Dre Delphine Collin-Vézina, de madame Mireille de la Sablonnière-Griffin et de madame Chantale Dutrisac (École de travail sociale de l'Université McGill)

Les participants sont d'accord avec les résultats de l'étude. Puisque plusieurs des participants prennent connaissance du rapport intégral pour la toute première fois, on leur demande de le commenter au jour DEUX.

Précisément, ils doivent répondre aux questions suivantes :

- I Est-ce que l'étude décrit bien vos situations?
- II Est-ce que le portrait ou le profil décrit est fidèle à vos réalités?
- III Est-ce que l'étude comporte des oublis importants?

Les participants ne formulent pas de commentaires et n'expriment pas de préoccupations à l'égard de l'étude. Les discussions et les recommandations du jour DEUX tendent à confirmer les principaux résultats et les principales discussions de l'étude.

4. Conclusion récente de deux (2) protocoles d'entente

Présentation de Maxime Ottawa (Manawan) et de Serge Awashish (Opitciwan)

Les présentateurs soulignent les ententes de services conclues entre les communautés des Premières Nations du Québec et leurs fournisseurs de services de deuxième ligne régionaux. Les présentateurs parlent des liens positifs qui se sont développés entre les communautés et les fournisseurs de services de deuxième ligne. Ils croient que le comité de coordination des partenariats doit absolument avoir un plan d'action adéquat et en assurer le suivi régulier. Ces deux documents peuvent être consultés à l'annexe 1 et 2.

Commentaires formulés et questions posées

- a. A-t-il fallu apporter des modifications importantes après la conclusion des protocoles d'entente?
 - Pas vraiment. Les principaux défis découlaient de la coordination et du suivi.
- b. Question posée au représentant du MSSS: Si nous faisons affaire avec plus d'un CSSS et que nous recevons de meilleurs services d'un CSSS en particulier, pouvons-nous conclure un protocole d'entente avec ce dernier, même s'il ne se trouve pas dans notre région?
 - Non. Au Québec, les services sont regroupés par région. Il est préférable de conclure une entente de travail adéquate avec un CSSS de votre région. Nous tentons d'être souples, en faisant preuve de bon sens, lorsque la situation l'exige, mais nous préférons demeurer dans les structures existantes.
- c. Avec le recul, pensez-vous que le protocole d'entente représente une nouvelle pression importante sur le CSSS?
 - Non, pas vraiment. L'amélioration de la coordination semble favoriser une meilleure utilisation des ressources.
- d. Serait-il utile d'inclure certains des principaux objectifs du plan d'action du comité de coordination des partenariats conjoint dans le protocole d'entente?
 - Peut-être, mais jusqu'à maintenant, le protocole d'entente se déroule bien.

5. Projet pilote de l'Équipe de santé mentale mobile

Présentation de Barbara Bouchard (CSSSPNQL) et de Michel Penosway (Kitcisakik)

Cette présentation donne le contexte du projet. Il décrit le processus de démarrage du projet visant à établir une équipe de santé mentale mobile pour offrir des services aux deux (2) communautés participantes du Lac-Simon et de Kitcisakik. La présentation se déroule le matin du jour DEUX.

Commentaires formulés et questions posées

- a. Quelle est la place occupée par la composante « dépendance » dans le projet pilote?
 - L'accent est vraiment mis sur la santé mentale, bien que les deux problématiques soient harmonisées à l'échelon local, selon les préférences de chacune des communautés.

- b. **Commentaires:** Il s'agit d'un problème persistant d'organisation des programmes de Santé Canada. Nous savons tous que les problèmes de dépendance et de santé mentale sont des manifestations véritables de la même histoire des peuples des Premières Nations, notamment l'expérience du colonialisme et des pensionnats. Les taux de comorbidité se situent à environ 85 pour cent. Nous devons aller au-delà de la programmation pour assurer l'intégrité du programme. Nous devons choisir une approche intégrée de « mieux-être », centrée sur le patient qui doit gérer tous ces problèmes interreliés. Nous créons notre propre confusion avec le patient. Nous gênons les conditions idéales de sa guérison. D'autres participants sont d'accord avec ces commentaires. Ils suggèrent vivement d'améliorer la compréhension de la réalité et d'adopter une approche plus intégrée pour traiter des questions de guérison et de mieux-être.

- c. Comment l'Équipe de santé mentale mobile répartit-elle son temps entre les deux (2) communautés?
 - Le travail se poursuit sur cette question. Toutefois, on désire que les communautés expriment leurs préférences en fonction de leurs besoins et que l'Équipe de santé mentale mobile trouve des accommodements, ce qui ne sera pas facile.

- d. Y a-t-il des développements positifs découlant de la coopération entre les deux (2) communautés?
 - Les deux (2) communautés se connaissent depuis très longtemps. Nous avons pu rapidement établir les responsabilités de chacun. Cependant, il est encore trop tôt pour savoir si le projet permettra d'améliorer la coopération.

Les participants se disent satisfaits des présentations.

Ils croient que le partage des récents développements importants a permis d'améliorer les connaissances.

Jour 2

Le deuxième jour consiste à recueillir de l'information auprès des participants sur l'élaboration du cadre de services de santé mentale. Le but est d'offrir des services de santé mentale conformes aux mêmes normes de qualité et d'accessibilité que ceux offerts à la population du Québec en général, puisqu'il s'agit d'une obligation légale à l'égard des peuples des Premières Nations.

Les participants se réunissent en petits groupes de discussion selon les pratiques linguistiques, la taille et l'emplacement de leur communauté, c'est-à-dire petite et isolée par rapport à semi-urbaine, urbaine et plus peuplée.

Question numéro 1

*Dans le contexte de ce cadre général à trois niveaux de prestation de services de santé mentale, et **des plus importants défis ou problèmes en matière de santé mentale touchant votre communauté...***

Quelles sont les principales améliorations à apporter dans votre communauté au cours des trois prochaines années?

Voici un résumé des réponses des divers groupes.

I Services de première ligne (dans les communautés) ***Renforcement et intégration des services communautaires***

1. Démystifier les questions de santé mentale à l'échelon local

- a. Améliorer la compréhension de la situation, des services et des aspects juridiques;
- b. Favoriser la participation de la communauté et de la famille.

2. Améliorer la coopération interdisciplinaire (approche *intégrée* qui tient compte de l'histoire commune des peuples des Premières Nations et des taux élevés de comorbidité)

- a. Comprendre le concept d'intégration : centrée sur le patient (et non sur les programmes);
- b. Clarifier les rôles et les responsabilités;
- c. Utiliser des processus plus structurés, y compris en matière de gestion de cas;
- d. Améliorer les protocoles ou les processus en cas de gestion de crise;
- e. Améliorer, de façon substantielle, le suivi;
- f. Obtenir le soutien voulu du Canada et du Québec à l'égard d'une approche intégrée.

3. Offrir des programmes de traitement *intégré* communautaires

- a. Nous devons élaborer et mettre en œuvre des programmes de traitement qui peuvent être mis en place dans nos communautés. Dans plusieurs cas, ils amélioreront les services offerts et feront en sorte que les jeunes demeurent dans les communautés.

4. Établir une meilleure coopération intersectorielle, y compris les organismes communautaires :

En plus de l'approche interdisciplinaire améliorée décrite ci-dessus, nous devons mieux utiliser les autres organismes communautaires. Pour ce faire, il faut :

- a. Clarifier les rôles et les responsabilités ;
- b. Planifier conjointement afin de s'entraider ;
- c. Utiliser des processus plus structurés aux fins de collaboration ;
- d. Assurer un meilleur suivi.

5. Améliorer les ressources communautaires :

- a. Personnel (offrir plus de formation continue, de formation culturelle et de soutien)
- b. Conception et mise en place de meilleurs outils pour permettre aux fournisseurs de services de première ligne d'améliorer les services, par exemple des outils de dépistage pour évaluer efficacement l'état et les besoins des patients ;
- c. Financement adéquat en appui à ces améliorations.

II Services de deuxième ligne : partenariats en vue d'offrir des services spécialisés améliorés ***Renforcement des partenariats et des réseaux de services***

On constate le chevauchement fréquent entre les services de première et de deuxième ligne, à l'échelon local.

1. Créer et soutenir des partenariats de services efficaces et transparents :

- a. Négocier des protocoles ou des ententes avec des fournisseurs de services de deuxième ligne qui reconnaissent et respectent entièrement les droits des peuples des Premières Nations d'avoir accès, en temps opportun, à des services de qualité ;
- b. Établir des processus efficaces et souples, y compris des « corridors d'accès » adéquats pour améliorer l'accès ;
- c. Intégrer les partenaires des services de deuxième ligne dans la planification et la gestion de cas ;
- d. Rédiger un plan d'action conjoint et en assurer un suivi continu ;
- e. Former le personnel qui n'est pas membre des Premières Nations, particulièrement aux réalités culturelles et des communautés ;

- f. Aborder les questions linguistiques (habituellement, cela signifie offrir plus de services en anglais, mais aussi d'interprétariat, précisément lorsqu'il s'agit des aînés);
- g. Contribuer à la formation ou au soutien apporté au personnel des Premières Nations dans les organismes de services de deuxième ligne;
- h. Embaucher une personne de liaison des Premières Nations pour améliorer les communications et la coordination.

2. Accès : repenser ou réorganiser certains services (selon la vision du Dr Delorme) pour améliorer l'accès

- a. Faire appel davantage aux autres professionnels de la santé, comme les infirmières en santé mentale et les pharmaciens;
- b. Accroître le nombre de professionnels en santé mentale;
- c. Aborder les questions linguistiques.

3. Intégrer des approches médicales dans le traitement des dépendances

III Services de troisième ligne : hautement spécialisés

Négocier un accès opportun à des services hautement spécialisés

1. Améliorer l'accès à des services hautement spécialisés

(Chaque communauté doit dresser la liste des services hautement spécialisés qui seront requis, en fonction des expériences et des connaissances de la communauté).

2. Améliorer le suivi du patient qui reçoit son congé

Selon plusieurs, il s'agit d'une des principales lacunes dans les pratiques en place : le patient qui vient de recevoir un traitement retourne chez lui sans être informé des ressources communautaires à sa disposition, et souvent, sans plan de guérison. On suggère que *toutes* les parties contribuent à améliorer le suivi.

- a. Envisager l'utilisation de « maisons de transition », dans certaines situations, lorsque le retour d'une personne directement dans la communauté signifierait un trop grand changement pour celle-ci.
- b. Accroître l'utilisation de la télémédecine et du téléconseil, et en faire un meilleur usage, pour communiquer avec l'établissement soignant et les fournisseurs de services de première ligne dans la communauté.

3. Aborder les questions linguistiques

Question numéro 2

Les participants doivent répondre à la question suivante, en se penchant sur chaque niveau de service (première, deuxième et troisième lignes):

Quelle serait la contribution la plus importante de chacun des partenaires potentiels à la réalisation de progrès significatifs à l'égard de l'atteinte de nos priorités, particulièrement au cours des douze prochains mois?

D'après les participants, les trois principaux éléments sont:

- I La communauté est le meilleur endroit pour traiter les problèmes de santé mentale. Nous devons renforcer la capacité et les ressources à l'échelon local. Pour ce faire, il faut élaborer des pratiques et des ententes de partenariat internes et externes, et assouplir les programmes nationaux.
- II Nous devons viser une approche de « mieux-être » intégrée et centrée sur le patient, c'est-à-dire une approche qui ne compartimente pas les patients comme si la dépendance et la santé mentale étaient deux états distincts.
- III Toutes les approches doivent être conçues pour *responsabiliser* les patients *par rapport à leur guérison*. Nous devons les guider, les aider et les soutenir.

Services de première ligne : PRIORITÉS

Les services doivent mettre l'accent sur les communautés

Mettre en place et favoriser une approche intégrée du mieux-être dans la communauté

1. Des familles et une communauté de soutien, informées et engagées

- a. Démystifier toute la question de la santé mentale et du mieux-être, y compris les services locaux et le contexte juridique.
- b. Obtenir un soutien entier des leaders administratifs et politiques.
- c. Faire participer, en accord avec la personne, la famille dans tous les aspects de l'approche, et obtenir leur plein appui.
- d. Obtenir l'engagement et le soutien des aînés.
- e. Faire un meilleur usage de la radio locale pour communiquer et informer.
- f. Solliciter la participation directe de la communauté à l'élaboration d'approches et à l'établissement des priorités, en la consultant.

2. Évaluer et optimiser l'utilisation des ressources, et améliorer les installations

- a. Évaluer les services existants par rapport au cadre proposé. Déterminer toute lacune en matière de services qui doit être abordée au cours des trois prochaines années.
- b. Les participants s'entendent pour dire que l'élaboration structurée d'approches interdisciplinaires dans la communauté améliorera l'utilisation des ressources.
- c. La conclusion de partenariats de services de deuxième ligne aura les mêmes retombées.
- d. Évaluer et améliorer les installations locales, y compris les salles de réunion servant à rencontrer les patients et l'équipement de réunion utilisé par les équipes de gestion de cas, et la technologie de communication, etc.

3. Personnel compétent — supervision, soutien et formation continuus

Concevoir et mettre en place un plan de perfectionnement du personnel communautaire pour cerner et aborder la nécessité d'offrir des services de première ligne de qualité.

4. Formation et outils communautaires efficaces, dont

- a. Outils de dépistage;
- b. Conception et mise en place de programmes de traitement communautaires qui font en sorte que les personnes, particulièrement les jeunes, demeurent dans les communautés.

5. Améliorer les protocoles et les mécanismes interdisciplinaires (gestion de cas)

- a. Élaboration et mise en place d'un protocole structuré, appuyé par une planification conjointe, de meilleures pratiques et d'un suivi rigoureux.
- b. Nécessité d'abattre les murs et les «attitudes» existants entre les services des administrations locales (abattre les «silos»).
- c. Ouverture obligatoire du personnel à l'égard de nouvelles approches et volonté d'agir.

6. Élaboration et mise en place de protocoles ou de mécanismes efficaces

7. Élaborer et mettre en place un processus de suivi structuré centré sur le patient

- a. Les participants sont d'accord sur la nécessité d'améliorer le suivi offert aux personnes, précisément en raison de l'utilisation d'approches interdisciplinaires.
- b. Établir et mettre en place des protocoles de suivi avec les fournisseurs de services de deuxième et de troisième lignes.

Services de deuxième ligne : PRIORITÉS

Renforcement du réseau et des partenariats de services

Il s'agit ici principalement de conclure et de mettre en place des ententes de partenariat structurées avec les fournisseurs de services de deuxième ligne.

1. Établir et soutenir un service centré sur le patient en appui aux partenariats et aux ententes qui engagent les partenaires, afin d'examiner les points suivants

- a. Reconnaissance et respect entiers des droits des Premières Nations à accéder, en temps opportun, à des services de qualité,
- b. Services et processus efficaces et souples, et accès en temps opportun,
- c. Disponibilité du personnel compétent à tous les échelons, à savoir les services de première et de deuxième lignes,
- d. Plan d'action conjoint et mécanismes ou pratiques de suivi structurés,
- e. Clauses de la formation donnée au personnel qui n'est pas membre des Premières Nations concernant l'héritage culturel et les réalités récentes de la communauté,
- f. Questions linguistiques (pour la plupart liées à l'accès aux services en anglais et d'interprétariat à l'intention des aînés),
- g. Participation à la formation ou au soutien donné au personnel des Premières Nations qui travaille dans les services de première et de deuxième lignes,
- h. Embauche d'une personne de liaison des Premières Nations pour faciliter la communication et la coordination entre les parties et la communauté,
- i. Processus d'amélioration ou d'autoévaluation prévue dans l'entente afin que les parties puissent mener des évaluations périodiques (annuelles) et apporter les changements requis,
- j. Financement adéquat en appui aux ententes.

2. Ces ententes ou protocoles doivent comprendre, lorsque cela est possible, des objectifs et des échéanciers transparents et mesurables

Services de troisième ligne : PRIORITÉS

Accès à des services hautement spécialisés

1. Conclure une entente régionale pour offrir l'accès à des services hautement spécialisés (transmettre une liste des priorités à la CSSSPNQL)

Aborder les questions linguistiques

2. Développer des processus de suivi avec les fournisseurs de services de troisième ligne

Il est urgent de développer de meilleures procédures de suivi entre l'établissement soignant et le personnel des services de première ligne dans la communauté.

3. Un réseau de télésanté

Implanter, sur une base prioritaire, l'infrastructure de la télésanté et la doter du personnel compétent.

La CSSSPNQL

Éducation, Coordination et Soutien

Faute de temps, il n'a pas été possible de dresser la liste prioritaire des éléments suivants. La Commission pourrait tous les intégrer dans le cadre proposé.

- a. Lancer une campagne d'information médiatique affirmant les droits, en vertu des lois en vigueur, des peuples des Premières Nations à accéder aux services et à obtenir des services égaux.
- b. Organiser, faciliter et favoriser des échanges d'information et d'expertise entre les communautés des Premières Nations.
- c. Organiser et coordonner des conférences régulières (annuelles) de ce genre pour aider le personnel des Premières Nations et les représentants gouvernementaux à discuter des plus récents développements et des meilleures pratiques.
- d. Embaucher un psychiatre ou un psychologue comme ressource interne ou consultant pour guider les services de première et de deuxième lignes offerts aux communautés des Premières Nations.
- e. Concevoir des programmes éducatifs et de formation personnalisés à l'intention du personnel des Premières Nations.
- f. Examiner, de façon proactive, une meilleure utilisation des technologies, y compris la télésanté.
- g. Jouer un rôle de surveillance pour s'assurer que l'ensemble des intervenants respectent leurs engagements et les ententes conclues.
- h. Consulter les chefs des Assemblées sur les questions de mieux-être.

Les centres de traitement des dépendances

Mise à jour des programmes, en accroître la diversité et l'accessibilité

- a. Accroître la diversité dans les programmes existants.
- b. Participer à l'élaboration et à la mise en place de programmes de traitement communautaires
- c. Offrir davantage de lits. Améliorer l'accès, en temps opportun.
- d. Collaborer avec les communautés dans l'évaluation et la mise en place de nouvelles méthodes, par exemple la réduction des méfaits, la méthode médicale du traitement des dépendances, etc.

RÉSEAUTAGE DES COMMUNAUTÉS DES PREMIÈRES NATIONS

S'entraider

- a. Améliorer le réseautage et le partenariat de services entre les communautés des Premières Nations.
- b. Échanger davantage sur ce qui fonctionne et les meilleures pratiques.
- c. Partager certains membres du personnel de niveau supérieur et des experts avec les autres communautés, même s'il s'agit seulement de les aider à s'organiser.

MSSS

Éducation, Coordination et Soutien

- a. Aborder la question linguistique.
- b. Se pencher sur les exigences à l'égard du personnel compétent (services de première et deuxième lignes), y compris la formation du personnel en place.
- c. Conclure une entente régionale qui donne accès à des services hautement spécialisés (possibilité de dresser la liste des besoins prioritaires).
- d. Accorder un siège d'administrateur à un représentant des Premières Nations au conseil d'administration des hôpitaux locaux qui ont conclu des protocoles d'entente de services de deuxième ligne avec des communautés des Premières Nations.
- e. Se pencher sur le projet de loi P38 (l'intention demeure incertaine, le projet de loi étant lié à l'application).
- f. Embaucher plus de personnel des Premières Nations au MSSS, y compris à l'échelon local (services de deuxième ligne).

SANTÉ CANADA

Ressources et soutien d'une approche intégrée

Les participants s'entendent pour demander du financement adéquat pour appuyer le niveau approprié de services de santé mentale communautaires, y compris le soutien aux partenariats locaux de services de deuxième ligne.

Ils demandent également à Santé Canada d'«assouplir ses programmes» et de travailler à la mise en place d'une structure de mieux-être intégrée, plus communautaire. Santé Canada doit trouver des façons de satisfaire les besoins locaux et régionaux.

- a. Accroître le financement stable en vue d'appuyer les types de changements requis au cours des trois prochaines années pour mettre en place le cadre proposé.
- b. Faciliter l'échange d'information.

Remarque: On suggère au MSSS et à Santé Canada de se parler afin de mieux soutenir les efforts et les engagements visant le mieux-être des peuples des Premières Nations.

LE SYSTÈME JUDICIAIRE

Meilleure compréhension des réalités des peuples des Premières Nations et rôle de soutien

Le système judiciaire, y compris les cours, doit développer une meilleure compréhension des réalités des peuples des Premières Nations, et des réponses juridiques aux questions qui leur sont soumises.

La Commission pourrait jouer un rôle important dans ce processus.

AUTRE : MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION

Meilleure compréhension des réalités des Premières Nations

Intégrer la composante «prévention» comme élément essentiel du curriculum

Nous devrions travailler avec le ministère de l'Éducation pour élaborer et mettre en place des options de mode de vie plus saines et plus centrées sur la prévention dans le curriculum régulier, dès le bas âge.

DÉVELOPPEMENT D'UN MODÈLE D'ORGANISATION DES SERVICES EN SANTÉ MENTALE POUR LES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC

Rôles principaux des différents acteurs dans le modèle

Communautés des Premières Nations :
Entraide, concertation, implication

Santé Canada :
Pérennité des ressources financières et soutien d'une approche intégrée

CSSSPNQL, MSSS:
Éducation, coordination et soutien

Centres de traitement des dépendances :
Diversité et accessibilité des ressources

Services dans les communautés

Sous la responsabilité du fédéral pour les communautés non conventionnées

SERVICES USUELS EN SANTÉ MENTALE

Renforcement et intégration des services de 1^{re} ligne (usuels), en partenariat avec les communautés :

- Programmes de prévention
- Outils de dépistage
- Ressources communautaires
- Concertation entre les équipes et les secteurs
- Programme de traitement intégré (par ex : comorbidité toxicomanie et santé mentale)

Rationnel : La communauté est le meilleur endroit pour traiter les problèmes de santé mentale.

Concertation

Mise en place de :

- Protocoles d'entente
- Corridors d'accès
- Plans de coordination lors des congés

Par l'entremise des structures et moyens suivants :

- Équipe en mieux-être mental
- Psychiatre répondant
- Moyens technologiques (télé-santé)

Services hors communautés

Sous la responsabilité du provincial

SERVICES SPÉCIALISÉS EN SANTÉ MENTALE

Renforcement des partenariats et des réseaux de service pour les services de 2^e et 3^e lignes (spécialisés) :

- Formation du personnel non-Autochtone
- Services de traduction et d'adaptation culturelle
- Postes d'agent de liaison

Rationnel : Un accès plus fluide vers les ressources du système de santé québécois, et adapté à la réalité des Premières Nations, est nécessaire lorsque des services spécialisés sont requis.

ANNEXE 1 : ENTENTE DE COLLABORATION ENTRE LE CONSEIL DE LA NATION ATIKAMEKW ET LE CONSEIL DES ATIKAMEKW DE MANAWAN ET LE CENTRE DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU NORD DE LANAUDIÈRE

« Protocole d'entente encadrant la trajectoire de soins en santé mentale »

Février 2010

Le générique masculin est utilisé sans discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte

ENTENTE DE COLLABORATION

IDENTIFICATION DES PARTIES À L'ENTENTE

Le **Conseil de la Nation Atikamekw (CNA)**, ayant son siège social au 290, Saint-Joseph, La Tuque, province de Québec, G9X 3P6,
agissant et représenté par madame Thérèse Niquay, directrice générale
ci-après appelé le « CAN »

ET

Le **Conseil des Atikamekw de Manawan**, ayant son siège social au 135, rue Kicik, Manawan, province de Québec, JOK 1M0,
agissant et représenté par monsieur Gaétan Flamand, directeur général
ci-après appelé « CAM »

ET

Le **Centre de santé et des services sociaux du Nord de Lanaudière**, ayant son siège social au 1000, boul. Ste-Anne, Saint-Charles Borromée, province de Québec, J6E 6J2,
agissant et représenté par madame Marie Beauchamp, directrice générale
ci-après appelé « CSSSNL »

PRÉAMBULE

CONSIDÉRANT QUE toute personne a droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats conformément à l'article 5 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*;

CONSIDÉRANT QUE tout établissement doit assurer la prestation de services de santé ou de services sociaux accessible et respectueux des droits des personnes et de leurs besoins spirituels et qui visent à réduire ou à solutionner les problèmes de santé et de bien-être et à satisfaire les besoins des groupes de la population, conformément à l'article 100 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*;

CONSIDÉRANT QUE la mise en place du CSSSNL nécessitait une reconfiguration des trajectoires de soins et de services;

CONSIDÉRANT QUE le CNA incluant le CAM a adopté un contrat social visant entre autres à intervenir dans le domaine de la santé mentale et du suicide chez les Atikamekw;

CONSIDÉRANT QUE le CNA et le CAM désirent assurer et maintenir des services de santé mentale de qualité;

CONSIDÉRANT QUE le CNA et le CAM veulent assurer une liaison et un suivi efficace de la clientèle Atikamekw référée aux services de santé mentale dispensés par le CSSSNL et des organismes partenaires et ce, afin de disposer d'un continuum de soins et de services fonctionnel en santé mentale;

CONSIDÉRANT QUE les parties souhaitent ainsi dans un contexte de réseau, améliorer et consolider l'offre de services en santé mentale à la clientèle Atikamekw;

OBJET DE L'ENTENTE

EN CONSÉQUENCE, LES PARTIES AUX PRÉSENTES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT:

1. Dispositions introductives

- 1.1 Le préambule fait partie intégrante de la présente entente et doit présider à son interprétation.
- 1.2 La présente entente vise à offrir des services adaptés à la clientèle Atikamekw résidant principalement à Manawan.



2. Responsabilités de l'équipe de santé mentale de Manawan

- 2.1 L'équipe de santé mentale de Manawan, composée de ressources des *services de santé du Conseil des Atikamekw de Manawan*, offre les services d'accueil, d'évaluation, d'orientation et de suivi.
- 2.2 La clientèle en suivi régulier et/ou en intervention de crise est généralement membre de la bande des Atikamekw de Manawan.
- 2.3 Un service d'intervention de garde est assuré par l'équipe de santé mentale de Manawan en dehors des heures ouvrables.
- 2.4 La clientèle adulte est référée aux services de psychiatrie du CSSSNL et/ou en hébergement au centre de crise de Lanaudière selon leurs critères d'accessibilité du service via le mécanisme d'accès.
- 2.5 La clientèle de 0-18 ans est référée au service de psychiatrie pour enfants et adolescents du CSSSNL et/ou en hébergement selon les critères d'accessibilité du mécanisme d'accès du volet hébergement des Centres Jeunesse.
- 2.6 Des plans de service individualisé sont adoptés pour chaque client; ce plan est harmonisé avec les interventions appropriées des ressources du CSSSNL et des Centres Jeunesse.
- 2.7 Les services de santé de Manawan assurent les évacuations et les transports entre la communauté et l'un des points de service du CSSSNL.
- 2.8 L'équipe de santé mentale du centre de santé de Manawan assure la liaison avec le CSSSNL et les services de santé de Manawan.
- 2.9 Les services de santé de Manawan s'assurent de la disponibilité des ressources professionnelles et des aidants naturels de la communauté pour supporter non seulement la prévention mais certaines interventions de crise selon les cas.
- 2.10 Les services de santé de Manawan assurent l'habilitation des intervenants faisant partie de l'équipe de santé mentale de Manawan.

3. Responsabilités des services de santé mentale du CSSSNL

- 3.1 Les services de santé mentale de 1ère ligne en support à l'équipe de santé mentale de Manawan, les services de 2e ligne d'urgence en psychiatrie et les services de psychiatrie pour enfants et adolescents sont offerts au CSSSNL.
- 3.2 La liaison est assurée pour toute clientèle référée par le Centre de santé de Manawan incluant vers le centre de crise de Lanaudière.
- 3.3 La clientèle est reçue, réévaluée, mise en observation et selon le cas hospitalisée.
- 3.4 La clientèle peut être référée aux services appropriés du réseau en concertation avec l'équipe de santé mentale de Manawan.
- 3.5 Les transferts inter hospitaliers et à l'intérieur du réseau sont assurés par le CSSSNL lors d'une hospitalisation selon les soins requis.

- 3.6 Le CSSSNL s'engage à supporter sur demande les situations de crise en affectant des ressources professionnelles du réseau pour seconder l'équipe de santé mentale, les services de santé de Manawan et les services sociaux du CNA.
- 3.7 Le CSSSNL soutient la contribution des services et organismes dédiés à la santé mentale de son territoire afin d'en permettre l'accès, selon le cas, à la clientèle référée par la communauté de Manawan.

ENGAGEMENT DES PARTIES À L'ENTENTE

4. Engagements conjoints

- 4.1 Les parties conviennent de favoriser le partage d'information, dans le respect des consentements recueillis, pour assurer un service optimal à chaque client.
- 4.2 Les parties s'engagent à maintenir le comité de liaison pour supporter la dispensation des services et, le cas échéant, mettre sur pied des comités ad hoc pour supporter le développement des services.
- 4.3 Le demandeur de services est responsable de la coordination des interventions au moyen notamment du plan de service individualisé et des liens avec les intervenants pivots.
- 4.4 Le CSSSNL s'engage à offrir des opportunités de formation clinique aux membres de l'équipe de santé mentale; les frais de la formation, sauf avis contraire, sont de la responsabilité de la partie Atikamekw.
- 4.5 La partie Atikamekw s'engage à offrir de temps à autre une session de sensibilisation à la culture Atikamekw et aux services offerts aux intervenants du CSSSNL et des autres partenaires; les frais additionnels normalement encourus sont à la charge de l'établissement qui reçoit la session.
- 4.6 Les parties s'engagent à mettre à jour leurs expertises en termes de prévention, de promotion et d'intervention en santé mentale.

ENGAGEMENT À LA CONFIDENTIALITÉ, À LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ET À L'OBTENTION DU CONSENTEMENT

Dans le cadre de la présente entente, toute information sur les usagers doit demeurer confidentielle en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. L'information relative aux usagers transmise entre les parties se fera avec le consentement (verbal ou écrit) libre et éclairé de l'utilisateur à l'aide du formulaire joint à l'ANNEXE 1.

L'Organisme reconnaît comme renseignements confidentiels l'un ou l'autre des documents ou renseignements personnels dont son personnel est amené à prendre connaissance dans le cadre de ses fonctions, notamment

tout renseignement contenu au dossier des usagers au sens de l'article 19 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2). En conséquence, l'Organisme convient et s'engage pour ses professionnels, son personnel et tous ses préposés pendant toute la durée de la présente entente de collaboration et en tout temps par la suite à :

- a) sauvegarder et maintenir le caractère confidentiel et privé des renseignements personnels et de ne pas permettre l'utilisation de ces renseignements à d'autres fins que celles nécessaires pour l'exécution de la présente entente;
- b) ne divulguer les renseignements personnels qu'aux membres de son personnel qui en ont nécessairement besoin, dans le cadre de l'exécution de la présente entente;
- c) prendre les mesures requises pour empêcher la divulgation et la communication des renseignements personnels à des tiers, notamment établir et s'assurer de l'application de règles et de politiques de confidentialité, notamment celles découlant de la juridiction de la Commission d'accès à l'information, ayant pour but d'empêcher toute utilisation ou reproduction non autorisée des renseignements personnels ou leur accès non autorisé;
- d) signaler, dans les meilleurs délais, au CSSSNL tout incident susceptible de nuire à la protection du caractère privé et confidentiel des renseignements personnels;
- e) aviser sans tarder le CSSSNL, si l'Organisme apprend ou a raison de croire qu'une personne non autorisée a eu accès à des renseignements personnels ou de toute contravention de cette personne à l'égard des présents engagements de confidentialité.

Sans restreindre la portée de ce qui précède, l'Organisme reconnaît que les renseignements personnels qu'il détient et qui concernent une personne et qui permettent d'identifier sont assujettis aux dispositions de la Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé (L.R.Q., c. P-39.1).

DURÉE DE L'ENTENTE ET SUIVI

5. Durée de l'entente

- 5.1 La présente entente a une durée de 3 ans à compter de la date de signature. Elle sera reconduite pour une durée minimale de trois ans à moins qu'un avis contraire soit formulé par écrit, par l'une ou l'autre des parties, et signifié au moins trente (30) jours avant la date d'échéance de la présente entente.

6. Comité de suivi

- 6.1 Le comité de liaison en santé mentale agira à titre de comité de suivi afin d'assurer la mise en œuvre de la présente entente. Il s'assurera de la bonne gestion des aspects cliniques, professionnels et communautaires des interventions.

- 6.2 Le comité de liaison est formé au minimum de trois représentants du CSSSNL et de trois représentants de l'équipe de santé mentale de Manawan :
- Le directeur du programme santé mentale du CSSSNL
 - Le coordonnateur du programme santé mentale adulte du CSSSNL
 - Le coordonnateur des services sociaux courants du CSSSNL
 - Le conseiller en santé mentale du CNA
 - Le chef des services sociaux de Manawan
 - Le coordonnateur en santé mentale de Manawan
- 6.3 Le comité se réunit un minimum de deux rencontres par année.
- 6.4 Les comptes rendus sont assurés par la partie qui accueille la réunion.
- 6.5 Une évaluation périodique sera conduite selon les paramètres identifiés par le comité de liaison.
- 6.6 Les parties feront, au besoin, des démarches concertées afin d'obtenir du financement pour le développement, la recherche et la conduite des évaluations.

7. Dispositions générales

Tout litige ou mésentente ou interprétation de la présente entente devra être soumis au comité de suivi qui devra déterminer une solution acceptable afin de ne pas compromettre l'accès et la livraison des services.

La présente entente est régie et doit être interprétée en vertu des lois et règlements en vigueur et applicables dans la province de Québec (*règlements et/ou résolutions de la Bande et du CNA*).

RÉVISION OU MODIFICATION DE L'ENTENTE

Les parties peuvent modifier la présente entente d'un commun accord. Toute modification doit être signée par les parties et jointe en annexe à la présente entente.

Advenant la nécessité de modifier des paramètres de l'entente, le comité de suivi adresse aux directeurs généraux la recommandation afin que l'entente soit révisée.

À défaut de procéder de la manière prescrite, toute modification sera nulle et non avenue.

RÉSILIATION

D'un commun accord, les parties peuvent convenir de résilier l'entente. Toutefois, un préavis de 30 jours doit être donné à l'autre partie pour éviter les possibles inconvénients aux usagers. Une partie peut également demander la résiliation de l'entente en fonction du non respect des obligations de l'autre partie.

SIGNATURE DES PARTIES

Les parties concernées ont pris connaissance du présent protocole d'entente encadrant la trajectoire de soins en santé mentale et s'en déclarent satisfaites.

En foi de quoi, elles ont signé et initialisé chacune de ces pages, ce _____ deux mille dix.

« Le CNA »

Mme Thérèse Niquay
Directrice générale
Conseil de la Nation Atikamekw

témoin

«Le CAM»

M. Gaétan Flamand
Directeur général
Conseil de la Nation Atikamekw

témoin

« Le CSSSNL »

Mme Marie Beauchamp
Directrice générale
Centre de santé et services sociaux du Nord
de Lanaudière du Nord de Lanaudière

témoin

ANNEXE 2 : ENTENTE DE COLLABORATION ENTRE LE CONSEIL DES ATIKAMEKW D'OPITCIWAN ET LE CENTRE DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU DOMAINE-DU-ROY

« Protocole d'entente encadrant la trajectoire de soins en santé mentale »

Juillet 2010

Le générique masculin est utilisé sans discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte

ENTENTE DE COLLABORATION

IDENTIFICATION DES PARTIES À L'ENTENTE

Le **Conseil des Atikamekw d'Opitciwan (CAO)**, ayant son siège social au 135, rue Kicik, Opitciwan, province de Québec, JOK 1MO,
agissant et représenté par monsieur, directeur général
ci-après appelé « CAM »

ET

Le **Centre de santé et des services sociaux du Domaine-du-Roy**, personne morale de droit public constituée en vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSS) (L.R.Q., c.s-4.2), ayant son siège au : 450, rue Brassard, Roberval Québec, G8H 1B9,
agissant et représenté par monsieur Jacques Dubois, directeur général
ci-après appelé « CSSSDDR »

PRÉAMBULE

La présente entente se veut un mécanisme administratif partagé par les deux organisations précitées en vue de formaliser leurs engagements respectifs relativement à la prestation des soins et des services en santé mentale à la population de la région sociosanitaire de la communauté d'Opitciwan et à la mise en place de mécanismes de coordination et de communication. Ce protocole vise donc à définir les éléments devant guider la mise en place et le fonctionnement concernant l'organisation d'un continuum de services pour la clientèle ayant un problème de santé mentale et nécessitant des services provenant de ce territoire.

CONSIDÉRANT QUE toute personne a droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats conformément à l'article 5 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* ;

CONSIDÉRANT QUE tout établissement doit assurer la prestation de services de santé ou de services sociaux accessibles et respectueux des droits des personnes et de leurs besoins spirituels et qui visent à réduire ou à solutionner les problèmes de santé et de bien-être et à satisfaire les besoins des groupes de la population, conformément à l'article 100 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*;

CONSIDÉRANT QUE la mise en place du CSSSDR nécessitait une reconfiguration des trajectoires de soins et de services;

CONSIDÉRANT QUE le CNA incluant le CAO a adopté un contrat social visant entre autres à intervenir dans le domaine de la santé mentale et du suicide chez les Atikamekw;

CONSIDÉRANT QUE le CNA et le CAO désirent assurer et maintenir des services de santé mentale de qualité;

CONSIDÉRANT QUE le CNA et le CAO veulent assurer une liaison et un suivi efficace de la clientèle Atikamekw référée aux services de santé mentale dispensés par le CSSSDR et des organismes partenaires et ce, afin de disposer d'un continuum de soins et de services fonctionnel en santé mentale;

CONSIDÉRANT QUE les parties souhaitent ainsi dans un contexte de réseau, améliorer et consolider l'offre de service en santé mentale à la clientèle Atikamekw et qu'ils s'engagent à collaborer à l'atteinte des fins recherchées par la présente;

CONSIDÉRANT que le CSSS Domaine-du-Roy est, historiquement, le corridor des services pour la population de la communauté d'Opitciwan;

OBJET DE L'ENTENTE

EN CONSÉQUENCE, LES PARTIES AUX PRÉSENTES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT:

1. Dispositions introductives

- 1.1 Le préambule fait partie intégrante de la présente entente et doit présider à son interprétation.
- 1.2 La présente entente porte sur les services que le Conseil Atikamekw d'Opitciwan et le CSSS dispensent et sur la collaboration entre les parties désignées aux présentes en vue d'assurer la continuité des services de santé mentale et destinée à une clientèle commune et ce, dans le respect du mandat spécifique de chacun des établissements concernés.

2. Responsabilités de l'équipe de santé mentale d'Opitciwan

- 2.1 L'équipe de santé mentale d'Opitciwan, composée de ressources des *services de santé du Conseil des Atikamekw d'Opitciwan*, offre les services d'accueil, d'évaluation, d'orientation et de suivi.
- 2.2 La clientèle en suivi régulier et/ou en intervention de crise est généralement membres de la bande des Atikamekw d'Opitciwan.
- 2.3 Un services d'intervention de garde est assuré par l'équipe de santé mentale d'Opitciwan en dehors des heures ouvrables.
- 2.4 La clientèle adulte est référée aux services de psychiatrie du CSSSDR et/ou en hébergement au centre de crise de Selon leurs critères d'accessibilité du service via le mécanisme d'accès.
- 2.5 La clientèle 0-18 ans est référée au service de psychiatrie pour enfants et adolescents du CSSSDR et /ou en hébergement selon les critères d'admissibilité du mécanisme d'accès du volet hébergement des Centres Jeunesse.
- 2.6 Des plans de service individualisé sont adoptés pour chaque client; ce plan est harmonisé avec les interventions appropriées des ressources du CSSSDR.
- 2.7 Les services de santé d'Opitciwan assurent les évacuations et les transports entre la communauté et l'un des points de service du CSSSDR.
- 2.8 L'équipe de santé mentale du centre de santé d'Opitciwan assure la liaison avec le CSSSDR et les services de santé d'Opitciwan.
- 2.9 Les services de santé d'Opitciwan s'assurent de la disponibilité des ressources professionnelles et des aidants naturels de la communauté pour supporter non seulement la prévention mais certaines interventions de crise selon les cas.
- 2.10 Les services de santé d'Opitciwan assurent l'habilitation des intervenants faisant partie de l'équipe de santé mentale d'Opitciwan.

Le conseil Atikamekw d'Opitciwan s'engage à :

- 2.11 Diriger judicieusement sa clientèle vers le CSSS Domaine-du-Roy, conformément à la trajectoire des services établis.
- 2.12 Prendre en charge l'ensemble des services de première ligne (à définir) en santé mentale après une évaluation ou un séjour au CSSS Domaine-du-Roy.
- 2.13 Communiquer par le biais de l'infirmière en santé mentale avec le CSSS Domaine-du-Roy pour être informé de la situation du client de façon à établir les liaisons entre les deux équipes de traitement et de poursuivre le plan de traitement.

3. Responsabilités des services de santé mentale du CSSSDR

- 3.1 Les services de santé mentale de 1^{ère} ligne en support à l'équipe de santé mentale d'Opitciwan, les services de 2^e ligne d'urgence en psychiatrie et les services de psychiatrie pour enfants et adolescents sont aussi offerts au CSSSDR.
- 3.2 La liaison est assurée pour toute clientèle référée par le Centre de santé d'Opitciwan incluant vers le centre de crise de
- 3.3 La clientèle est reçue, réévaluée, mise en observation et selon le cas hospitalisée.
- 3.4 La clientèle peut être référée aux services appropriés du réseau en concertation avec l'équipe de santé mentale d'Opitciwan.
- 3.5 Les transferts inter hospitaliers et à l'intérieur du réseau sont assurés par le CSSSDR lors d'une hospitalisation selon les soins requis.
- 3.6 Le CSSSDR s'engage à accompagner sur demande les situations de crise en affectant des ressources professionnelles du réseau pour seconder l'équipe de santé mentale, les services de santé d'Opitciwan et les services sociaux du CAO et ce, en fonction des ressources disponibles.
- 3.7 Le CSSSDR soutient la contribution des services et organismes dédiés à la santé mentale de son territoire afin d'en permettre l'accès, selon le cas, à la clientèle référée par la communauté d'Opitciwan.
- 3.8 Accepter le transfert des usagers de la communauté d'Opitciwan, en fonction des besoins cliniques de ces derniers.
- 3.9 Le CSSS s'assure de fournir à l'usager les services requis au plan de services individualisé concernant les services spécialisés en santé mentale.
- 3.10 Considérer la clientèle en provenance de la communauté d'Opitciwan, au même titre que la sienne, en ce qui concerne la prestation des services en santé mentale, dans les cas où ceux-ci se déplacent dans les installations du CSSS Domaine-du-Roy.
- 3.11 Faire parvenir, au service santé d'Opitciwan, le résumé d'hospitalisation, ainsi que les notes et les évaluations pertinentes au dossier du patient, après autorisation de ce dernier, selon les normes en vigueur dans leur établissement.

- 3.12 Informer le service de santé d'Opitciwan des services offerts et de la trajectoire d'accès à ceux-ci.

ENGAGEMENT DES PARTIES À L'ENTENTE

4. Engagements conjoints

- 4.1 Les parties conviennent de favoriser le partage d'information, dans le respect des consentements recueillis, pour assurer un service optimal à chaque client.
- 4.2 Les parties s'engagent à maintenir le comité de liaison pour supporter la dispensation des services et, le cas échéant, mettre sur pied des comités ad hoc pour supporter le développement des services.
- 4.3 Le demandeur de services est responsable de la coordination des interventions au moyen notamment du plan de service individualisé et des liens avec les intervenants pivots.
- 4.4 Le CSSSDR s'engage à offrir des opportunités de formation clinique aux membres de l'équipe de santé mentale; les frais de la formation, sauf avis contraire, sont de la responsabilité de la partie Atikamekw.
- 4.5 La partie Atikamekw s'engage à offrir des opportunités de formation visant la sensibilisation à la culture Atikamekw et aux services offerts aux intervenants du CSSSDR et des autres partenaires ; les frais additionnels normalement encourus sont à la charge de l'établissement qui reçoit la session.
- 4.6 Les parties s'engagent à mettre à jour leurs expertises en termes de prévention, de promotion et d'intervention en santé mentale.
- 4.7 Mettre en place des mécanismes de communication efficaces et les faire connaître par les professionnels concernés.
- 4.8 Chaque partie s'engage à travailler dans un esprit de collaboration et de concertation.

5. Clientèles desservies

5.1 Clientèles desservies

Les clientèles desservies sont les enfants, les jeunes et les adultes de la communauté Atikamekw d'Opitciwan à savoir :

- Les clientèles enfants et jeunes : les services internes sont offerts par le CSSS de Chicoutimi, via le CSSS Domaine-du-Roy et ce, conformément au corridor de services établi entre les parties.
- La clientèle adulte : les services sont offerts par le CSSS Domaine-du-Roy.

ENGAGEMENT À LA CONFIDENTIALITÉ, À LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ET À L'OBTENTION DU CONSENTEMENT

Dans le cadre de la présente entente, toute information sur les usagers doit demeurer confidentielle en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. L'information relative aux usagers transmise entre les parties se fera avec le consentement écrit, libre et éclairé de l'utilisateur à l'aide du formulaire joint à l'ANNEXE 1.

Les parties reconnaissent comme renseignements confidentiels l'un ou l'autre des documents ou renseignements personnels dont son personnel est amené à prendre connaissance dans le cadre de ses fonctions, notamment tout renseignement contenu au dossier des usagers au sens de l'article 19 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.O., c. S-4.2). En conséquence, les parties conviennent et s'engagent pour ses professionnels, son personnel et tous ses préposés pendant toute la durée de la présente entente de collaboration et en tout temps par la suite à :

a) sauvegarder et maintenir le caractère confidentiel et privé des renseignements personnels et de ne pas permettre l'utilisation de ces renseignements à d'autres fins que celles nécessaires pour l'exécution de la présente entente;

- b) ne divulguer les renseignements personnels qu'aux membres de son personnel qui en ont nécessairement besoin, dans le cadre de l'exécution de la présente entente;
- c) prendre les mesures requises pour empêcher la divulgation et la communication des renseignements personnels à des tiers, notamment établir et s'assurer de l'application de règles et de politiques de confidentialité, notamment celles découlant de la juridiction de la Commission d'accès à l'information, ayant pour but d'empêcher toute utilisation ou reproduction non autorisée des renseignements personnels ou leur accès non autorisé;
- d) signaler, dans les meilleurs délais, à l'autre partie tout incident susceptible de nuire à la protection du caractère privé et confidentiel des renseignements personnels;
- e) aviser sans tarder l'autre partie advenant qu'une personne non autorisée a eu accès à des renseignements personnels ou de toute contravention de cette personne à l'égard des présents engagements de confidentialité.

Sans restreindre la portée de ce qui précède, les parties reconnaissent que les renseignements personnels qu'il détient et qui concernent une personne et qui permettent d'identifier sont assujettis aux dispositions de la Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé (L.R.Q., c. P-39.1).

DURÉE DE L'ENTENTE ET SUIVI

6. Durée de l'entente

5.1 La présente entente a une durée de 3 ans à compter de la date de signature.

Elle sera reconduite pour une durée minimale de trois ans à moins qu'un avis contraire soit formulé par écrit, par l'une ou l'autre des parties, et signifié au moins trente (30) jours avant la date d'échéance de la présente entente.

7. Comité de suivi

6.1 Le comité de liaison en santé mentale agira à titre de comité de suivi afin d'assurer la mise en œuvre de la présente entente. Il s'assurera de la bonne gestion des aspects cliniques, professionnels et communautaires des interventions.

6.2 Le comité de liaison est formé au minimum de trois représentants du CSSSDR et de trois représentants de l'équipe de santé mentale d'Opitciwan :

- Le directeur du programme santé mentale du CSSSDR
- Le coordonnateur du programme santé mentale adulte du CSSSDR
- Le coordonnateur clinique en SM du CSSSDR
- Le conseiller en santé mentale du CAO
- Le chef des services sociaux d'Opitciwan
- Le coordonnateur en santé mentale d'Opitciwan

6.3 Le comité se réunit un minimum de deux rencontres par année.

6.4 Les comptes rendus sont assurés par la partie qui accueille la réunion.

6.5 Une évaluation périodique sera conduite selon les paramètres identifiés par le comité de liaison.

6.6 Les parties feront, au besoin, des démarches concertées afin d'obtenir du financement pour le développement, la recherche et la conduite des évaluations.

8. Dispositions générales

Tout litige ou mésentente ou interprétation de la présente entente devra être soumis au comité de suivi qui devra déterminer une solution acceptable afin de ne pas compromettre l'accès et la livraison des services.

La présente entente est régie et doit être interprétée en vertu des lois et règlements en vigueur et applicables dans la province de Québec (*règlements et/ou résolutions de la Bande et du CNA*).

RÉVISION OU MODIFICATION DE L'ENTENTE

Les parties peuvent modifier la présente entente d'un commun accord. Toute modification doit être signée par les parties et jointe en annexe à la présente entente.

Advenant la nécessité de modifier des paramètres de l'entente, le comité de suivi adresse aux directeurs généraux la recommandation afin que l'entente soit révisée.

À défaut de procéder de la manière prescrite, toute modification sera nulle et non avenue.

RÉSILIATION

D'un commun accord, les parties peuvent convenir de résilier l'entente. Toutefois, un préavis de 30 jours doit être donné à l'autre partie pour éviter les possibles inconvénients aux usagers. Une partie peut également demander la résiliation de l'entente en fonction du non respect des obligations de l'autre partie.

SIGNATURE DES PARTIES

Les parties concernées ont pris connaissance du présent protocole d'entente encadrant la trajectoire de soins en santé mentale et s'en déclarent satisfaites.

En foi de quoi, elles ont signé et initialisé chacune de ces pages, ce _____ deux mille dix.

« Le CAO »

M. Christian Awashish
Directeur général
Conseil des Atikamekw d'Opitciwan

Date

« Le CSSSDR »

M. Jacques Dubois
Directeur général
Centre de santé et services sociaux du
Domaine-du-Roy

Date



www.cssspnql.com

