



**Les troubles
concomitants**
Synthèse des
connaissances

Centre d'expertise et de collaboration en troubles concomitants

www.troublesconcomitants.ca



Sauf indication contraire, ce document est licencié sous Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 2.5 Canada. Icônes par The Noun Project.



Table des matières

| | |
|--|----|
| ACRONYMES | 5 |
| REMERCIEMENTS | 7 |
| INTRODUCTION | 9 |
| 1. PROFIL ET BESOINS PARTICULIERS DES PERSONNES PRÉSENTANT DES TROUBLES CONCOMITANTS | 11 |
| 1.1. MISE EN CONTEXTE | 12 |
| 1.2. TROUBLE PRIMAIRE VS CONTEXTE | 12 |
| 1.3. SYNDÉMIE : PRÉDISPOSITIONS ET RÉPERCUSSIONS | 13 |
| 1.4. IMPACTS ET CONSÉQUENCES D'UN DIAGNOSTIC DE TROUBLES CONCOMITANTS (TC) SUR LES TRAJECTOIRES DE SOINS | 14 |
| 2. TRAITEMENTS, APPROCHES ET MODÈLES D'ORGANISATION DES SOINS ET DES SERVICES | 15 |
| 2.1. TRAITEMENTS NON PHARMACOLOGIQUES ET PHARMACOLOGIQUES | 16 |
| 2.1.1. TRAITEMENTS NON PHARMACOLOGIQUES | 16 |
| 2.1.2. TRAITEMENTS PHARMACOLOGIQUES | 20 |
| 2.2. APPROCHES ESSENTIELLES DANS LE TRAITEMENT DES TROUBLES CONCOMITANTS (TC) | 24 |
| 2.3. DESCRIPTION DE MODÈLES THÉORIQUES D'ORGANISATION DES SOINS ET DES SERVICES | 25 |
| 2.4. EXEMPLES CONCRETS D'ORGANISATION DES SOINS ET DES SERVICES | 33 |
| 3. PRATIQUES ADAPTÉES AUX TROUBLES CONCOMITANTS | 45 |
| 3.1. PRINCIPES GÉNÉRAUX POUR UNE OFFRE DE SOINS INTÉGRÉE | 46 |
| CONCLUSION | 49 |
| RÉFÉRENCES | 51 |

Acronymes

AA : Alcoholics Anonymous (Alcooliques anonymes)

ASAM : American Society of Addiction Medicine

CCISC : Comprehensive, Continuous, Integrated System of Care

CCL : Clinique Cormier-Lafontaine

CECTC : Centre d'expertise et de collaboration en troubles concomitants

CHUM : Centre hospitalier de l'Université de Montréal

CISSS : Centre intégré de santé et de services sociaux

CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

CRCHUM : Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal

CRD : Centre de réadaptation en dépendance

CRDM-IU : Centre de réadaptation en dépendances de Montréal – Institut universitaire sur les dépendances

CSSS : Centre de santé et de services sociaux

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux)

EHS : Entraînement aux habiletés sociales

EM : Entretien motivationnel

ICRAS : Initiative canadienne de recherche en abus de substance

IDDT : Integrated Dual Disorder Treatment

IF : Intervention familiale

INESSS : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

ISRS : Inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine

NICE : National Institute for Health and Care Excellence

NWD : No Wrong Door

PAID : Plan d'action interministériel en dépendance

PAJ-SM : Programme d'accompagnement justice et santé mentale

PASM : Plan d'action en santé mentale 5

PIPEP : Programme d'intervention pour premiers épisodes psychotiques

RM : Réduction des méfaits

PR : Prévention de la rechute

RSSS : Réseau de la santé et des services sociaux

RUISSS : Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux

SAMHSA : Substance Abuse and Mental Health Services Administration

SIM : Suivi intensif dans le milieu

SIV : Soutien d'intensité variable

SMDIA : Santé mentale et déficience intellectuelle adulte

SMT : Service de médecine des toxicomanies

SPA : Substance psychoactive

SPT : Service de psychiatrie des toxicomanies

TC : Troubles concomitants

TCC : Thérapie cognitivo-comportementale

TCD : Thérapie comportementale dialectique

TDAH : Trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité

TSM : Trouble de santé mentale

TUS : Trouble d'usage de substances

UPT : Unité de psychiatrie des toxicomanies (maintenant SPT)

Remerciements

Le **Centre d'expertise et de collaboration en troubles concomitants (CECTC)** remercie les personnes qui ont contribué à la rédaction et à la révision de ce document:

Dre Magali Allard, psychiatre, Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Lanaudière

M. Jean-Marie Bioteau, rédacteur pigiste

Mme Annie Boissonneault, travailleuse sociale, CISSS des Laurentides

Mme Natalie Breamsey, coordonnatrice des services en dépendance, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

M. Serge Brochu, professeur émérite, École de criminologie, Faculté des arts et des sciences, Université de Montréal

M. Claudio Del Grande, candidat au doctorat, École de santé publique de l'Université de Montréal, agent de recherche, Carrefour de l'innovation, Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CRCHUM)

Dr Simon Dubreucq, psychiatre, Service de psychiatrie des toxicomanies, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

Mme Léa Gagnon, rédactrice scientifique, CRCHUM

M. Michel Gilbert, coordonnateur, Centre national d'excellence en santé mentale

M. Kevin Godbout, coordonnateur des formations provinciales en dépendance, Institut universitaire sur les dépendances, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Mme Élisabeth Hamel, directrice, Programme santé mentale et dépendance, CISSS Montérégie-Est



Dr Didier Jutras-Aswad, psychiatre, Service de psychiatrie des toxicomanies (SPT), CHUM, chercheur, CRCHUM, professeur agrégé, Département de psychiatrie et d'addictologie, Université de Montréal

M. Jean-Marc Ménard, psychologue clinicien, chargé de cours, Université de Sherbrooke

M. Mathieu Morel-Bouchard, Direction générale des services de santé mentale et de psychiatrie lé-gale, ministère de la Santé et des Services sociaux

Dr François Noël, psychiatre, Clinique des troubles concomitants, Programme dépendances et santé men-tale, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Dre Marie-Chantal Pelletier, médecin de famille, Service de médecine des toxicomanies (SMT), CHUM

M. Michel Perreault, chercheur, Centre de recherche Douglas, professeur agrégé, Département de psychia-trie, Université McGill

Mme Guylaine Tremblay, gestionnaire de projet, CECTC 7

Dre Annie Trépanier, psychiatre, SPT, CHUM

Mme Leïla Turki, rédactrice pigiste



Introduction

La présence simultanée de troubles de santé mentale (TSM) et de troubles d'usage de substances (TUS) porte plusieurs noms. Par exemple, elle peut être désignée par double diagnostic, double problématique, abus chimique et maladie mentale, maladie mentale et abus chimiques, abus de substances et maladie mentale, comorbidité, troubles cooccurrents et troubles concomitants (TC). C'est ce dernier terme que Santé Canada privilégie, car il indique la possibilité qu'une personne souffre d'une pluralité plutôt que d'une dualité de troubles⁽¹⁾.

«De façon générale, l'ensemble des “troubles concomitants” se rapporte aux personnes qui vivent une association de troubles mentaux, émotionnels et psychiatriques avec une consommation excessive d'alcool ou d'autres drogues psychoactives»⁽¹⁾.

S'il est établi que l'alcool et les drogues psychoactives augmentent les symptômes ou les risques de TSM (ex.: troubles psychotiques, dépression, troubles de l'humeur), la réciproque n'en est pas moins vraie. En d'autres termes, les TSM et les TUS vont souvent de pair. Il existe nombre de combinaisons possibles de ces deux troubles incluant parfois plus d'un TSM (comorbidité) ou des troubles d'usage à plus d'une substance psychoactive (SPA) licite et illicite. Ces dernières peuvent également être des médicaments distribués sur ordonnance, mais pris à des fins non médicales. Ainsi, le terme générique TC embrasse une réalité complexe : les types de troubles et les types de substances consommées varient beaucoup, ce qui influe tant sur le diagnostic que sur les traitements et le pronostic. Il en est de même en ce qui a trait à la gravité et à la récurrence (épisode, transitoire, chronique, constante, etc.) des troubles ou des usages.


Le présent document constitue une synthèse élaborée à partir de la documentation retenue par le CECTC du Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux (RUISSS) de l'Université de Montréal et disponible sur son portail documentaire à :

<https://ruiss.umontreal.ca/cectc/services/portail-documentaire/>

Cette synthèse résume les principaux concepts et les bonnes pratiques qui sous-tendent l'intégration des soins et des services destinés aux personnes présentant des TSM et des TUS concomitants. Elle ne constitue pas une revue systématique, mais vise à doter le CECTC d'un résumé des connaissances permettant de développer une vision commune et d'assurer la cohérence des travaux entre ses différents comités. Les connaissances issues de la documentation sont présentées selon les trois volets suivants :

1. Profil et besoins particuliers des personnes présentant des TC;
2. Traitements, approches et modèles d'organisation des soins et des services;
3. Pratiques adaptées aux TC.

Nous espérons que ce document soutiendra la réflexion en matière d'intégration des soins et des services pour les personnes vivant avec des TC.



1. Profil et besoins particuliers des personnes présentant des troubles concomitants

1.1. Mise en contexte

Au Canada, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2012 indique que **1,2 %** des Canadiens âgés de 15 à 64 ans (282 000 personnes) avaient souffert de TSM et de troubles liés à la consommation d'alcool ou de drogues simultanément au cours de l'année précédente (au moins un trouble de l'humeur ou d'anxiété et un trouble lié à la consommation d'alcool ou de drogues)⁽²⁾. Si cette prévalence paraît faible, la réalité clinique indique le contraire. Selon le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, plus de **50 %** des personnes cherchant de l'aide pour une toxicomanie présentent aussi un TSM. De plus, entre **15** et **20 %** des personnes s'adressant à des services de santé mentale vivent aussi avec une toxicomanie⁽³⁾. Au Québec, il y aurait entre **150 000** et **200 000** adultes présentant des TSM jugés graves. Les deux tiers de ce nombre, soit entre **100 000** et **133 000** Québécois adultes, seraient également aux prises avec un problème d'usage de SPA⁽⁴⁾.

Les États-Unis dressent un portrait similaire de la prévalence des TC. L'Enquête nationale sur la consommation de drogues et la santé de 2016 révèle que parmi les **7,5 %** d'Américains adultes présentant un TUS, **43,3 %** avaient un TSM concomitant. Cette prévalence de TSM est **2,7** fois plus grande que chez les adultes sans TUS⁽⁵⁾.

Il n'est pas facile de donner des chiffres exacts dans la mesure où les définitions des TSM et des TUS varient selon les études. De plus, les personnes souffrant de TC ne sont pas toujours bien diagnostiquées en raison de la complexité de leur désordre et de la similarité des symptômes entre les troubles. Par ailleurs, sachant que le trouble d'usage à plus d'une substance n'est pas rare et qu'il existe un nombre considérable de différentes SPA sur le marché, le dénombrement de leurs combinaisons est complexe. Certaines ne sont alors même pas étudiées. Dans ces conditions, la prévalence générale des TC a de fortes chances d'être sous-évaluée⁽⁶⁾. Une chose est sûre cependant : le traitement d'un seul trouble chez les patients avec TC aboutit à de piètres résultats à court terme et à un risque élevé de rechute⁽³⁾.

1.2. Trouble primaire vs contexte

Du simple point de vue sémantique, la distinction entre trouble primaire et trouble induit repose sur la nature de leur étiologie. Ainsi, un trouble est dit primaire ou idiopathique lorsqu'il se définit en lui-même, c.-à-d. qu'il n'est ni la conséquence ni la complication d'un autre trouble. À l'inverse, un trouble est considéré comme induit dans la mesure où il résulte d'une cause qui peut être de différents types : maladie physique; usage de substance, etc. Cependant, la distinction entre troubles primaire et induit n'est pas toujours facile à établir. À ce sujet, le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) souligne qu'«il est souvent difficile, et parfois arbitraire, de déterminer quel est le diagnostic principal ou le motif de la consultation, notamment lorsqu'il y a un "diagnostic double" (un diagnostic lié à l'utilisation d'une substance comme un trouble de l'usage de l'alcool associé à un diagnostic sans rapport avec l'utilisation d'une substance comme la schizophrénie)»⁽⁷⁾. De plus, il est toujours possible qu'un trouble induit évolue vers un diagnostic de trouble primaire et réciproquement. Par exemple, de nombreuses personnes traitées initialement pour des épisodes psychotiques provoqués par l'usage de substances ont été diagnostiquées par la suite comme souffrant d'un trouble psychotique primaire⁽⁸⁾.

Évolution à long terme des troubles psychotiques induits

Dans une vaste étude longitudinale danoise, **32,2 %** des personnes ayant reçu entre 1994 et 2014 un diagnostic de psychose provoquée par une substance ont par la suite été diagnostiquées de schizophrénie ou de trouble bipolaire. Plus spécifiquement, **47,4 %** des personnes ayant vécu une psychose provoquée par du cannabis ont ensuite reçu un diagnostic de schizophrénie ou de trouble bipolaire. Chez les personnes ayant reçu un diagnostic de psychose induite par l'alcool, **22,1 %** ont développé une psychose plus grave par la suite⁽⁹⁾.

Une distinction difficile

La difficulté à distinguer un trouble primaire d'un trouble induit a deux conséquences. D'une part, il est impératif d'améliorer la capacité à dépister et à évaluer les TUS en même temps que les TSM, et de s'assurer que les intervenants soient familiers avec les concepts «primaire» et «induit» et leurs limites évidentes. D'autre part, peu importe le diagnostic posé dans le contexte de symptomatologie psychiatrique et d'une consommation problématique, une offre de suivi et de soins adaptés est nécessaire.

1.3. Syndémie : prédispositions et répercussions

La comorbidité est inhérente aux TC. Plus qu'une simple comorbidité, on parle ici d'une véritable syndémie⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾, soit une interaction synergique de facteurs prédisposants, précipitants et perpétuants qui accentue la morbidité et les conséquences négatives des TC. Parmi ces facteurs prédisposants, il y a certains facteurs biologiques (ex. : antécédents familiaux, héritabilité^a ⁽¹²⁾), psychologiques (ex. : dépression, hyperactivité, anxiété⁽¹³⁾) et environnementaux (ex. : violence, stress, appartenance à une minorité⁽¹⁴⁾⁽¹⁵⁾) qui peuvent interagir et prédisposer certaines personnes à développer deux ou plusieurs troubles. Les facteurs précipitants sont pour leur part associés au déclenchement d'une maladie. Lorsqu'ils sont multiples, l'un de ces facteurs est généralement plus important ou évident et peut être considéré comme essentiel⁽¹⁶⁾. Par exemple, l'usage de cannabinoïdes synthétiques peut constituer un facteur précipitant significatif de la psychose aussi bien chez les personnes vulnérables que celles en bonne santé⁽¹⁷⁾. Les facteurs perpétuants sont ceux qui exacerbent les problèmes des personnes souffrant de TC. Ils incluent l'autonégligence, la prise simultanée et/ou erratique de médicaments et de SPA, les rapports sociaux difficiles, les comportements à risque, l'instabilité économique, professionnelle et/ou résidentielle⁽¹⁸⁾, la criminalité et la violence⁽⁶⁾. Bien sûr, il existe également des facteurs protecteurs qui réduisent la gravité ou préviennent les TC. Ceux-ci incluent un réseau social solide, la confiance en soi et la surveillance parentale chez les jeunes⁽¹⁹⁾. **En présence de tous ces facteurs, les personnes avec TC constituent un groupe très vulnérable, en moins bonne santé physique et vivant une plus grande détresse psychologique que celles avec un trouble unique⁽²⁰⁾. Il est donc crucial d'adapter les soins et services aux personnes avec TC puisqu'elles sont moins en mesure de s'adapter aux soins et services disponibles.**

a Probabilité qu'un trait ou un caractère soit transmis héréditairement par des facteurs seulement génétiques.

1.4. Impacts et conséquences d'un diagnostic de troubles concomitants (TC) sur les trajectoires de soins

Malheureusement, les personnes souffrant de TC sont trop souvent mal accueillies par le système de santé. Ainsi, ces patients sont souvent dévalorisés et désavantagés, se voient exclus de certains services et obtiennent des soins de santé physique médiocres comparativement aux autres patients⁽²¹⁾. Leur exclusion d'un service de santé est souvent justifiée parce qu'un de leur trouble est ou devrait être pris en charge par un autre service. Ainsi, des personnes avec un TSM se présentant à un service de toxicomanie, ou vice-versa, se font refuser de l'aide. Comme elles ne frapperaient pas à la bonne porte, elles ne reçoivent pas les soins dont elles ont impérativement besoin. À cette approche non intégrée des TC s'ajoute une offre insuffisante et mal adaptée à la nature chronique des TC et au suivi à long terme nécessaire, des longues listes d'attente ainsi que des procédures et autres trajectoires souvent complexes à suivre.

L'expérience souvent négative des personnes avec TC dans le système de santé les démotive à aller chercher de l'aide. Près d'un Canadien avec TSM sur cinq indique que le système de santé est un obstacle à l'accès aux soins⁽²²⁾. Les assureurs peuvent aussi refuser de couvrir des traitements pourtant efficaces et fondés sur les données probantes. Ces facteurs associés aux soins impactent directement la santé des personnes avec TC puisqu'ils sont responsables de **10 à 25 %** de la variabilité dans leur espérance de vie⁽²³⁾⁽²⁴⁾. Ensemble, ils représentent d'importantes formes de stigmatisation sociale et structurelle.

En plus de souffrir de la mauvaise image qu'elles ont d'elles-mêmes et de leur propre honte, les personnes avec TC subissent de nombreux préjugés de la part de la société et même parfois du personnel soignant, pourtant censé les aider⁽²¹⁾. Les intervenants peuvent avoir du mal à accepter que les personnes recourent à la drogue, l'alcool ou aux médicaments pris à des fins non médicales en dépit de leur état mental, tout en sachant que ces substances déclencheront ou accentueront leurs crises. Face à l'adhésion fluctuante et la rétention difficile de ces personnes, les membres du personnel soignant peuvent involontairement leur faire sentir qu'ils ne leur font pas confiance et ainsi, par leur attitude, augmenter les risques de glissement hors du filet du système de soins ou de soutien. Le rapport du Comité consultatif de la stratégie sur la santé mentale et le traitement des dépendances⁽²⁵⁾ fait d'ailleurs de la « réduction de cette stigmatisation » l'une de ses principales recommandations.

Les personnes avec TC peuvent donc cacher des aspects de leur condition ou de leur situation par crainte d'être jugées ou de subir des préjudices. Loin de vouloir dissimuler la vérité, elles craignent surtout d'être jugées négativement, « internées » de force, obligées de prendre des médicaments psychiatriques sans y consentir ou encore de perdre la garde de leurs enfants ou leur logement⁽⁶⁾.



2. Traitements, approches et modèles d'organisation des soins et des services

2.1. Traitements non pharmacologiques et pharmacologiques

Bien que le présent document ne soit pas un guide de pratique, les différentes thérapies présentées ici peuvent être utiles dans la prise en charge des TC. Certaines sont spécifiques aux TSM, d'autres aux TUS et certaines ont été adaptées aux TC. L'inventaire n'est pas exhaustif et n'est pas hiérarchisé en fonction des données probantes – parfois limitées – qui soutiennent chaque thérapie. Ces thérapies n'ont pas toutes fait l'objet du même nombre d'études et de comparaisons et celles les moins étudiées ne sont pas nécessairement les moins efficaces. Il manque des données scientifiques robustes pour la plupart des combinaisons spécifiques de TC.

Le traitement optimal des TSM, qui inclut diverses approches psychosociales et pharmacologiques avec suivi psychiatrique et psychologique, est fourni par une équipe multidisciplinaire. Souvent offert dans un contexte de soins ambulatoires, ce traitement peut également se donner au cours d'un séjour hospitalier, lorsque nécessaire.

Quant au traitement des TUS, il inclut des interventions psychosociales et psychothérapeutiques. Pour les troubles d'usage à certaines substances, il existe également des traitements pharmacologiques pour les intoxications sévères, les symptômes de sevrage ou la prévention des rechutes. Les traitements peuvent être dispensés aussi bien en externe qu'en thérapie résidentielle.

Outre l'accessibilité aux soins de santé physique et psychiatrique, les traitements optimaux apportent également du soutien à la personne dans plusieurs domaines, notamment le logement, l'emploi, les finances, les loisirs et le réseau social (famille et conjoint). Ceci afin de lui donner les moyens de se réintégrer dans la collectivité et d'améliorer sa qualité de vie de même que celle de sa famille⁽²⁶⁾. Cela peut même aller jusqu'à accompagner la personne dans l'acquisition de nouvelles aptitudes en vue d'un futur emploi⁽⁶⁾.

Ces traitements et services sont coordonnés grâce à un professionnel de la santé désigné ou gestionnaire de cas qui améliore la prise en charge du patient. Ce gestionnaire de cas collecte les données sur la condition du patient, obtient son consentement aux soins, collabore à son évaluation psychiatrique, identifie ses besoins, préférences et objectifs, établit avec lui un plan d'intervention et s'assure du suivi avec l'équipe de soins. Ainsi, il accompagne le patient dans ses démarches et s'assure du suivi dans la stabilisation de sa condition.

2.1.1. Traitements non pharmacologiques

C'est parce qu'il existe de nombreuses combinaisons différentes de TC dont les degrés de gravité et de risque varient que les stratégies thérapeutiques, les approches psychosociales et les traitements pharmacologiques sont généralement associés en tenant compte de ces mêmes combinaisons.

→ L'entretien motivationnel (EM)

Conçu dans les années 1990, l'EM est une « manière d'être » avec les personnes et non pas un ensemble de techniques qui les amène à faire ce qu'elles ne veulent pas⁽²⁷⁾⁽²⁸⁾. Surtout utilisée dans le cadre du traitement de la toxicomanie, cette approche est centrée sur la personne pour augmenter sa « motivation intrinsèque au changement par l'exploration et la résolution de l'ambivalence »⁽²⁹⁾. Quatre principes sont au cœur de l'EM. Le premier est la communication empathique qui consiste à écouter le patient avec une réelle volonté de comprendre ce qu'il a en tête, ce qui contribue à le mettre en confiance et l'encourage à exprimer ses craintes, ses aspirations et ses valeurs. Le deuxième est la mise en relief de la divergence entre son comportement actuel et ses valeurs profondes ou ses objectifs personnels. Le troisième est la résolution de problème en évitant la confrontation. Finalement, le quatrième est le renforcement de la confiance en soi afin de surmonter les obstacles⁽²⁷⁾.

Diverses modalités d'utilisation clinique peuvent être envisagées. L'EM peut être utilisé seul, comme introduction à un autre traitement, ou lorsque surgissent des problèmes de motivation au cours du traitement. Il peut aussi être intégré dans un modèle plus large de traitement⁽³⁰⁾.

→ Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC)

La TCC est dotée d'objectifs précis. Cette psychothérapie apprend au patient comment ses pensées influencent son comportement⁽³¹⁾. Elle vise à amenuiser ou faire disparaître autant que possible les émotions désagréables ou nocives causées par des pensées, des croyances ou des comportements non désirables en les modifiant progressivement par le « désapprentissage ou par des expériences d'apprentissage nouvelles »⁽³²⁾ plus utiles et bénéfiques. La TCC a été adaptée pour divers TSM et celle pour les TUS a démontré son efficacité aussi bien seule qu'en combinaison avec d'autres traitements⁽³³⁾. Elle peut être offerte individuellement ou en groupe, à des jeunes manifestant un début de psychose, à des personnes avec des symptômes persistants ou même à titre préventif chez les personnes à risque. Elle est souvent utilisée en combinaison avec d'autres interventions⁽³²⁾. Plusieurs types de TCC existent dont les suivantes.

La prévention de la rechute (PR) envisage la rechute comme un processus à long terme, et non comme un événement ponctuel. Une rechute est un retour prolongé à un niveau précédent de consommation, alors qu'un écart est un retour à une consommation de courte durée⁽³²⁾. Plusieurs situations peuvent favoriser les rechutes ou les écarts, et il est important de les cerner pour minimiser les risques. Utilisée comme seul traitement ou après le traitement traditionnel, l'approche PR aide ainsi les personnes souffrant de TUS ou de TC à adopter un plan de prévention des rechutes qui correspond à leurs besoins.

La thérapie comportementale dialectique (TCD) a été mise au point en 1993 par Marsha Linehan pour venir en aide aux personnes souffrant de troubles de personnalité limite. La TCD se fonde sur des stratégies d'acceptation. Elle repose sur une théorie biosociale qui considère le comportement dysfonctionnel comme une solution de problèmes dans le but de soulager les émotions difficiles⁽²⁶⁾. La TCD « favorise l'acceptation de soi-même, de son passé, de la situation présente tout en travaillant à changer son comportement et son environnement afin de construire une vie qui vaut la peine d'être vécue »⁽³⁴⁾. La TCD a été spécifiquement adaptée pour les TC et améliore la proportion de journées d'abstinence⁽³⁵⁾⁽³⁶⁾.

La thérapie des schémas a été développée pour le traitement des troubles de personnalité et intègre certaines techniques issues d'autres thérapies. Elle met l'accent sur l'origine des problèmes psychologiques dans l'enfance et l'adolescence, sur la thérapie rationnelle émotive, sur la relation thérapeute-usager et sur les schémas cognitifs mal adaptés⁽³⁷⁾. Une version adaptée pour les TC a été conçue en intégrant les éléments de PR.

La stratégie d'adaptation sécuritaire a été conçue pour traiter la comorbidité d'un TUS avec un trouble de stress post-traumatique. Le principe est de considérer que chaque trouble affecte l'autre, et de privilégier les comportements sécuritaires. Associée au traitement habituel, la stratégie d'adaptation sécuritaire peut contribuer à diminuer les symptômes de TUS⁽³⁸⁾⁻⁽⁴¹⁾.

→ Les traitements comportementaux

Les traitements comportementaux sont multiples et incluent les suivants.

La gestion des contingences (GC). Essentiellement conçue pour le traitement des TUS, cette méthode repose sur le conditionnement opérant avec pour principe qu'un comportement positif renforcé a tendance à être répété. C'est donc une méthode qui fonctionne sur la base d'une récompense ou non, en échange d'un échantillon biologique négatif ou non⁽⁴²⁾. Elle n'est pas uniquement utilisée pour l'abstinence, mais parfois pour la réduction de la consommation ou encore l'adhésion au traitement (pharmacologique ou psychosocial). Cette méthode vient généralement compléter d'autres approches thérapeutiques. À ce sujet, une étude clinique de Bellack et al.⁽⁴³⁾ a montré que les personnes bénéficiant d'une TCC incluant la GC avaient un plus haut taux d'abstinence, une meilleure qualité de vie et un taux plus faible de soins que le groupe témoin.

L'entraînement aux habiletés sociales (EHS). Créé au début des années 1980 aux États-Unis dans le contexte de la désinstitutionnalisation, l'EHS a pour but d'offrir aux personnes souffrant d'un TSM grave les habiletés nécessaires à leur intégration dans la collectivité⁽⁴⁴⁾. Ainsi, les patients améliorent leurs compétences sociales et leurs aptitudes à résoudre les problèmes sociaux.

L'approche de soutien communautaire (ASC). Développée à l'origine pour les personnes aux prises avec un abus d'alcool, cette approche s'est étendue avec succès à une grande variété de TUS. Fondée sur le conditionnement opérant, cette thérapie aide la personne à réorganiser son quotidien de telle sorte qu'une vie saine faite d'abstinence constitue une récompense qui entre en conflit avec l'usage de substances. La personne est progressivement encouragée à s'impliquer dans des activités sociales d'abstinence agréables, et incitée à renforcer le sentiment de plaisir émanant de sa communauté élargie.

L'approche de soutien communautaire et formation familiale (Community Reinforcement Approach and Family Training). Dérivée de l'ASC, cette approche est conçue pour la personne qui refuse de suivre une thérapie pour son TUS⁽⁴⁵⁾. Elle mise sur des ressources comme la famille et le réseau social pour réduire la consommation. En ce qui concerne l'aspect «formation familiale», le principe est d'apporter du soutien à la personne par le truchement d'un membre de la famille qui joue un rôle significatif. Non seulement ce membre, préalablement formé, utilise des outils de persuasion et de renforcement auprès de la personne en vue de l'abstinence, mais il en profite pour augmenter sa propre qualité de vie. Il s'agit donc d'une approche en mode individuel avec une résonance familiale.

→ Les interventions familiales et maritales

Destinées au départ à la schizophrénie, **les interventions familiales (IF)** ont été adaptées aux TC et aident à prévenir les rechutes d'épisode psychotique⁽⁴⁶⁾⁽⁴⁷⁾. Les familles peuvent devenir des piliers du rétablissement si elles apprennent à composer efficacement avec les TC. Pour ce faire, les IF comprennent des programmes comme les groupes d'entraide entre familles, les programmes psychoéducatifs et les consultations psychologiques familiales.

Les thérapies multifamiliales étaient conçues à l'origine pour la schizophrénie et ont été adaptées aux TC par Mueser and Fox⁽⁴⁸⁾. L'objectif est d'échanger les informations au sujet des TC et d'obtenir le soutien des autres familles (incluant la personne aux prises avec des TC et ses proches) tout en maintenant la relation avec l'équipe soignante. C'est aussi l'occasion pour les participants de partager les stratégies développées.

Ces interventions peuvent également viser uniquement le couple affecté par les troubles d'un ou des deux partenaires. **La thérapie de couple** pour le comportement lié à l'alcool en est un exemple qui se base sur la TCC⁽⁴⁹⁾. Elle a été adaptée à divers TUS. Le soutien du partenaire est un atout majeur puisque ces thérapies maritales se sont avérées plus efficaces que la TCC individuelle pour atteindre l'abstinence⁽⁵⁰⁾⁽⁵¹⁾.

→ Les approches en 12 étapes

Développé en 1935 à l'initiative de Bill Wilson, cofondateur du mouvement Alcooliques Anonymes (AA), **le programme des 12 étapes** était destiné en premier lieu aux personnes avec un trouble d'usage de l'alcool. Sa prémisse étant que ces personnes ne puissent parvenir à l'abstinence que par l'entraide en s'en remettant à un pouvoir supérieur dans un esprit chrétien⁽⁵²⁾. Les 12 étapes qui jalonnent ce programme sont autant de professions de foi qui engagent la personne tout au long de son cheminement.

Aujourd'hui, le modèle des 12 étapes considère tous les TUS. Adapté sous différentes formes, il peut être associé à d'autres types de traitements⁽⁵²⁾. Il est à l'origine notamment des groupes familiaux Al-Anon qui s'adressent spécifiquement aux familles et aux proches de personnes avec un trouble d'usage de l'alcool.

Le modèle Minnesota est né vers la fin des années 1940 parallèlement aux AA. Ce modèle en 12 étapes concerne les personnes aux prises avec un TUS et considère que la dépendance est une maladie physique, mentale et spirituelle. À la faveur d'une approche multidisciplinaire, la personne « qui s'engage pleinement dans le traitement peut en tirer une perspective d'avenir, à condition qu'[elle] s'implique dans la dynamique d'entraide et de solidarité avec ses pairs en rétablissement et les soignants »⁽⁵³⁾. L'objectif est d'apprendre à vivre avec la dépendance sans consommer en atteignant et en maintenant une abstinence durable.

Les communautés thérapeutiques ont été mises en place dans les années 1960 pour les personnes dépendantes aux SPA. Basé sur l'abstinence, ce service résidentiel implique les pairs. L'influence de ces derniers « est cruciale pour aider les individus à assimiler les normes sociales et à développer de meilleures habiletés interpersonnelles »⁽⁵⁴⁾.

Par ailleurs, le fait d'offrir un modèle de soins à niveaux gradués facilite l'implication progressive de la personne.

→ Les approches psychodynamiques

La psychothérapie de soutien et d'expression (Supportive-Expressive Dynamic Psychotherapy) a été développée par Lester Luborsky. Les principes de cette approche psychodynamique reposent sur les théories de Freud⁽⁵⁵⁾⁽⁵⁶⁾. Cette psychothérapie couvre un large spectre de diagnostics de différents degrés de sévérité. D'une durée limitée ou illimitée, la personne est invitée à définir son parcours et ses objectifs à chaque séance. Le soutien et l'expression sont les deux principales approches qu'utilise le thérapeute. Il considère et formule les principaux schémas de conflits relationnels propres à la personne (Core Conflict Relation Theme, CCRT). Le traitement prend fin lorsque les principaux objectifs sont atteints et que la rétention des gains semble effective. Évaluée à travers de nombreuses études cliniques randomisées portant sur une grande variété de diagnostics, cette approche est considérée comme aussi efficace que les traitements alternatifs⁽⁵⁷⁾.

2.1.2. Traitements pharmacologiques

Les traitements pharmacologiques sont nombreux et varient selon la combinaison des TC, sachant que des maux différents nécessitent généralement des remèdes différents, et qu'il faut prévenir les dangers d'interactions.

Le choix d'un traitement s'appuie sur plusieurs facteurs relatifs aux personnes, notamment les comorbidités, les interactions entre les drogues et les médicaments, les préférences de la personne, les antécédents de traitement, la réponse au traitement ainsi que l'expérience du prescripteur et les autorisations requises⁽⁵⁸⁾.

Le présent document vise à offrir au lecteur une idée des grandes catégories de traitements pharmacologiques en TC et ne se veut pas exhaustif. Plusieurs guides de pratiques sont disponibles pour plus de détails, dont ceux de l'Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances (ICRAS), l'Association des psychiatres du Canada, l'Alliance canadienne de ressources sur le trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, la Société canadienne de schizophrénie, le Canadian Network for Mood and Anxiety Treatment, le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) et l'American Psychiatric Association.

LES TROUBLES D'USAGE DE SUBSTANCES (TUS)

Les traitements pharmacologiques peuvent cibler différentes situations dans lesquelles les personnes utilisant des substances peuvent se retrouver, à savoir :

- Des médicaments pour traiter les états d'intoxication comme la naloxone, administrée par injection ou par voie nasale, antidote des opioïdes qui permet de renverser l'effet dépressur sur les voies respiratoires⁽⁵⁹⁾ de même que le flumazénil (Anexate) antidote des benzodiazépines. À noter que pour tenter de diminuer les décès liés à la crise des opioïdes, des trousse de naloxone sont disponibles gratuitement pour les personnes susceptibles de surdoses d'opioïdes et leurs proches.
- Des médicaments pour traiter les états de sevrage (ex. : les benzodiazépines).

- Des médicaments pour diminuer les risques de rechute ou diminuer la consommation de certaines substances, dont voici quelques exemples :
 - Les traitements agonistes^b opioïdes (TAO) tels que la buprénorphine-naloxone (Suboxone), la méthadone et la morphine à libération lente (Kadian) qui diminuent, entre autres, les risques de rechute chez les patients aux prises avec un trouble d'usage aux opioïdes de même que la mortalité et la morbidité associées.
 - La varénicline (Champix), le bupropion (Zyban) et les traitements de remplacement nicotiques (timbres transdermiques de nicotine, gommes, pastilles et autres formes) qui augmentent les chances de succès de l'arrêt tabagique.
 - Des médicaments visant à aider les personnes souffrant d'un trouble d'usage d'alcool à réduire leur consommation ou à demeurer abstinentes comme la naltrexone (Revia) ou l'acamprosate (Campral).
 - Certains médicaments aversifs ou antidipsotropes, qui provoquent une réaction très désagréable (ex. : nausées et palpitations) lorsqu'ils sont pris avec de l'alcool, comme le disulfiram (Antabuse). Il s'agit, de nos jours, de traitements moins utilisés et dont les données sur l'efficacité sont limitées.

De nombreuses études montrent que les TAO sont à privilégier en comparaison aux thérapies non pharmacologiques seules. Une des raisons pour privilégier les TAO est que le taux de rechute sans TAO est très élevé et que le risque de surdoses après une période d'abstinence est augmenté en raison d'une diminution rapide de la tolérance aux opioïdes. Idéalement, les TAO devraient être combinés à d'autres approches non pharmacologiques, mais être offerts même chez ceux refusant ces autres approches. Au sujet de ces traitements, les recommandations de l'ICRAS sont très claires⁽⁵⁸⁾. En première ligne, il est recommandé d'utiliser la buprénorphine-naloxone, entre autres, car l'ajustement des doses peut se faire plus rapidement et que la buprénorphine ayant un effet plateau, le risque de surdose est moindre qu'avec les autres TAO. La méthadone prévaut en deuxième ligne. Toutefois, si les deux traitements sont inefficaces ou contre-indiqués, il faut envisager d'effectuer un TAO au moyen de la morphine orale à libération lente^c ou encore, sous forme injectable, de la diacétylmorphine (héroïne) ou de l'hydromorphone (Dilaudid)⁽⁶⁰⁾. Les TAO requièrent un suivi régulier et nécessitent des visites fréquentes à la pharmacie.

Enfin, l'ICRAS prévient également qu'il est fortement déconseillé d'employer des stratégies de traitement seulement fondées sur la prise en charge des symptômes de sevrage sans transition immédiate vers un traitement à long terme de la dépendance fondé sur des données probantes. Faute de prendre en considération cette mise en garde, les comportements à risque, les décès par surdose et les rechutes sont à craindre⁽⁵⁸⁾.

b Substance ou médicament qui produit des effets identiques à ceux de la substance de référence.

c Le thérapeute doit alors détenir une exemption valide en vertu de l'article 56 de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances du gouvernement fédéral.

LES TROUBLES DE SANTÉ MENTALE (TSM)

Les médicaments pour les traitements des TSM (tableau 1) sont généralement classés en fonction du trouble pour lequel ils sont prescrits : antidépresseurs, thymorégulateurs, antipsychotiques, anxiolytiques et psychostimulants.

- **Antidépresseurs.** La classe la plus largement utilisée est celle des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), tels que la sertraline et la fluoxétine. L'autre classe importante est celle des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine-noradrénaline, comme la venlafaxine, dont les indications sont similaires aux ISRS. Il faut souligner par ailleurs l'usage courant d'antidépresseurs qui ne correspondent pas à ces classes comme le bupropion (Wellbutrin) ou la mirtazapine (Remeron), ainsi que l'utilisation restreinte (en raison d'effets secondaires) des tricycliques, tétracycliques et inhibiteurs de la monoamine-oxydase. Enfin, les antidépresseurs sont utilisés dans le traitement des troubles de l'humeur et des troubles anxieux.
- **Thymorégulateurs.** Ce sont des stabilisateurs de l'humeur qui sont utilisés pour traiter notamment les troubles bipolaires ou schizoaffectifs. Au plus connu de tous, le lithium, s'ajoutent notamment le valproate, la lamotrigine ou la carbamazépine qui sont également des antiépileptiques.
- **Antipsychotiques.** Ils servent au traitement de divers troubles psychotiques, dont la schizophrénie et le trouble schizoaffectif. Ils sont aussi indiqués dans le traitement du trouble bipolaire et peuvent être utilisés comme potentialisateurs du traitement d'autres troubles (ex. : trouble dépressif, trouble obsessionnel compulsif, etc.). Ils comptent des produits de première génération comme l'halopéridol ou la chlorpromazine, des produits dits atypiques ou de seconde génération, tels que la rispéridone, la quétiapine, l'olanzapine, la clozapine et des produits plus récents de troisième génération comme l'aripiprazole. Certains antipsychotiques existent sous forme injectable intramusculaire à longue durée d'action souvent utilisés pour favoriser l'adhésion au traitement.
- **Anxiolytiques.** Ils sont utilisés comme traitement d'appoint pour les troubles anxieux, dont le trouble panique ou les phobies, pour favoriser un bon sommeil (somnifères tels que la zopiclone) et pour diminuer les sensations physiques de stress (tranquillisants). Ils comptent des benzodiazépines ainsi que des hypnotiques non benzodiazépiniques. Ils doivent être utilisés avec précaution compte tenu des risques de dépendance ou de mésusage.
- **Psychostimulants.** À courte ou longue action, ils s'imposent comme traitements standards du TDAH.

Tableau 1 : Principaux médicaments pour traiter les TSM

ANTIDÉPRESSEURS

- **Inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS)** : fluoxétine (Prozac), sertraline (Zoloft), paroxétine (Paxil), fluvoxamine (Luvox), citalopram (Celexa), escitalopram (Ciprallex), etc.
- **Inhibiteurs du recaptage de la sérotonine-noradrénaline** : venlafaxine (Effexor), duloxétine (Cymbalta) ou desvenlafaxine (Pristiq), etc.
- **Inhibiteurs du recaptage de la noradrénaline-dopamine** : bupropion (Wellbutrin).
- **Inhibiteurs de la monoamine-oxydase** : phénelzine (Nardil), etc.
- **Inhibiteurs réversibles de la monoamine-oxydase (IRMAO)** : moclobémide (Manerix).
- **Antidépresseurs tricycliques ou tétracycliques** : amitriptyline (Elavil), nortriptyline (Aventyl), clomipramine (Anafranil), imipramine (Tofranil).

THYMORÉGULATEURS

- Lithium (Carbolith), carbamazépine (Carbamazépine), valproate (Depakene), divalproex (Epival), lamotrigine (Lamictal), topiramate (Topamax).

ANTIPSYCHOTIQUES

- **Produits de première génération** : chlorpromazine (Chlorpromazine), halopéridol (Halopéridol), thiothixène (Thiothixène).
- **Produits plus récents, dits atypiques ou de seconde génération** : rispéridone (Risperdal), olanzapine (Zyprexa), quétiapine (Seroquel), ziprasidone (Zeldox), aripiprazole (Abilify), clozapine (Clozaril), brexpiprazole (Rexulti).

ANXIOLYTIQUES

- **Benzodiazépines** : diazépam (Valium), alprazolam (Xanax), lorazépam (Ativan), clonazépam (Rivotril).
- **Hypnotiques non-benzodiazépiniques** : buspirone (Buspar), zopiclone (Imovane), zolpidem (Sublinox).

PSYCHOSTIMULANTS

- **Courte action** : méthylphénidate (Ritalin, Concerta), dextroamphétamine (Dexedrine).
- **Longue action** : chlorhydrate de méthylphénidate (Biphentin), lisdexamfétamine (Vyvanse).

L'information contenue dans ce tableau n'est pas exhaustive; elle met l'accent sur les molécules les plus répandues au sein de chaque classe.

2.2. Approches essentielles dans le traitement des troubles concomitants (TC)

Le traitement et le rétablissement sont de plus en plus guidés par deux concepts fondamentaux : **les soins doivent être centrés sur le client et axés sur la personne**⁽⁶¹⁾.

Les **soins centrés sur le client** reposent sur une compréhension adéquate de celui-ci, de ses forces et de ses besoins, tandis que les **soins axés sur la personne** mettent l'accent sur sa responsabilité d'orienter ses propres soins. Cela signifie qu'elle est la plus apte à gérer le processus de son rétablissement : **elle est coactrice du processus thérapeutique et de son rétablissement**⁽⁶¹⁾. Cette double vision s'oppose aux approches traditionnelles pour lesquelles le thérapeute intervient et la personne subit. Elle souligne à quel point **le processus d'aide repose sur la multiplicité des collaborations entre les usagers, les proches et les équipes soignantes**.

Dès lors, il semble pertinent de nous pencher sur ces approches que les recherches décrivent comme essentielles dans le traitement des TC.

La réduction des méfaits (RM)

Il s'agit d'une approche de santé publique qui cherche à réduire les conséquences sanitaires, sociales et économiques nuisibles des pratiques à risque comme la consommation de SPA. Très utilisée dans le traitement des TC, cette approche cible la RM sans nécessairement exiger ou imposer l'abstinence. Le choix de la personne peut d'ailleurs varier au cours de sa vie entre RM et abstinence, ce à quoi l'équipe soignante doit s'adapter. La RM se définit comme une démarche de santé collective⁽⁶²⁾. Les programmes d'échange de seringues, les services d'injection supervisée, les lignes directrices pour usage de cannabis à moindre risque, les stratégies comportementales protectrices de la marijuana, les opérations Nez rouge et Alcochoix+ sont autant d'exemples d'interventions. Ces dernières s'inspirent de cette approche humaniste où on incite les consommateurs à adopter des comportements qui réduisent les risques des SPA sans porter de jugement moral sur leur consommation⁽⁶²⁾.

No Wrong Door (NWD)

Cette philosophie préconise l'harmonisation entre les réseaux public, privé et communautaire. Elle prône la flexibilité du système de soins afin d'en permettre l'accès sans restriction et vise à faciliter les transitions entre les différents prestataires. Selon cette approche, les personnes présentant des TC doivent accéder aux services, peu importe la porte à laquelle elles frappent : services généraux, urgences hospitalières, services spécialisés (deuxième ligne) et hyperspécialisés (troisième ligne). Elles sont prises en charge de manière adéquate ou redirigées, selon leurs besoins et leur condition, vers les soins et les services appropriés⁽⁶³⁾. Ainsi, les personnes avec un TSM ne sont pas rejetées par les services dédiés aux TUS ni soignées dans un ordre séquentiel qui leur donne l'impression de se heurter à une « porte tournante entre les deux systèmes »⁽¹⁸⁾. Réciproquement, les personnes avec un TUS ne sont pas exclues des services de santé mentale. De cette manière, les prestataires de services sont proactifs, antidiscriminatoires, sensibles et rapides. Ils saisissent l'occasion de faire une différence positive à chaque contact avec une personne présentant un TC⁽⁶⁴⁾.

Le rétablissement à long terme

C'est un paradigme récent qui, au lieu de mettre l'accent sur la guérison en tant qu'absence de symptômes, le met plutôt sur le rétablissement à différents niveaux. « Plus que l'absence de maladie, le rétablissement est un processus foncièrement personnel et unique qui vise à changer ses attitudes, ses valeurs, ses objectifs, ses aptitudes ou ses rôles. C'est un moyen de vivre une vie satisfaisante, remplie d'espoir et productive malgré les limites résultant de la maladie »⁽⁶⁵⁾. La rémission physique et mentale s'accompagne d'ailleurs souvent d'une amélioration dans d'autres sphères importantes de la vie qui en dépendent, dont le travail, la stabilité du logement, de meilleures relations avec autrui. Une personne peut être rétablie tout en présentant des symptômes résiduels ou en prenant une médication⁽⁶⁶⁾.

L'approche systémique

Cette approche a vu le jour dans les années 1950 avec le développement des thérapies familiales. Intégrative, elle cherche à favoriser la réinsertion de la personne avec un TUS dans les contextes sociaux (famille et voisinage) où elle évolue. Elle vise à amener la personne et les membres de son entourage à prendre conscience du système relationnel qu'ils ont développé⁽⁶⁷⁾. L'intervention ne se limite donc pas au diagnostic et au traitement des symptômes. Elle doit tenir compte des effets que les TUS exercent sur l'environnement familial et social de la personne, et chercher à prévenir les répercussions négatives qu'un dysfonctionnement familial ou social entraînerait sur elle.

L'approche axée sur les forces

Fondée sur les capacités à apprendre, grandir et changer, cette approche cherche à utiliser les forces et les intérêts du patient plutôt que ses faiblesses ou ses problèmes⁽³²⁾. Elle est donc orientée vers l'atteinte des buts que le patient s'est fixés, instaurant ainsi un climat d'espoir. Par ailleurs, cette approche aborde la communauté comme un vaste réseau de partenaires susceptibles d'offrir du soutien⁽⁶⁸⁾. Le soutien d'intensité variable (SIV, p. 30), le programme de soutien à l'emploi et la thérapie orientée vers les solutions s'inscrivent dans cette perspective.

2.3. Description de modèles théoriques d'organisation des soins et des services

La complexité des TC rend délicate leur prise en charge par les équipes soignantes. Le traitement des TSM et des TUS effectué en silo par des équipes différentes alourdit l'expérience des personnes avec TC. Les déplacements, les échanges d'informations et les priorités propres à chaque équipe sont autant d'obstacles qui s'ajoutent à la maladie. Ainsi, traditionnellement, les personnes sont prises en charge par deux systèmes de soins, selon un traitement séquentiel ou parallèle :

- **Traitement séquentiel.** Les traitements des TSM et des TUS sont offerts l'un après l'autre, parfois selon un ordre préétabli⁽⁶⁹⁾. Un premier intervenant prend des mesures à l'égard d'une série de problèmes particuliers, puis un autre s'occupe d'autres problèmes.

→ **Traitement parallèle.** Les traitements des TSM et des TUS sont donnés en même temps, mais de façon indépendante, par des prestataires de soins en santé mentale et en dépendance qui œuvrent dans des équipes distinctes⁽⁶³⁾.

Compte tenu des limites avérées de la séparation de ces traitements, des modèles plus intégrés ont été récemment élaborés afin de mieux répondre à la complexité des TC et de pallier les difficultés rencontrées par les personnes en quête de soins et de soutien.

Le modèle des quadrants (Quadrant Model)

Figure 1. Le modèle des quadrants.

Adapté de la figure 2-1, Center for Substance Abuse Treatment⁽⁷⁰⁾ CCO.



Les personnes ayant des besoins complexes sont parmi les plus difficiles à aider dans les systèmes spécialisés. La Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), un organisme relevant du ministère fédéral de la Santé et des Services sociaux des États-Unis, a proposé ce modèle holistique (figure 1), qui cherche à dispenser des soins plus intégrés et collaboratifs. Selon les niveaux de soins et de services requis, quatre catégories sont définies :

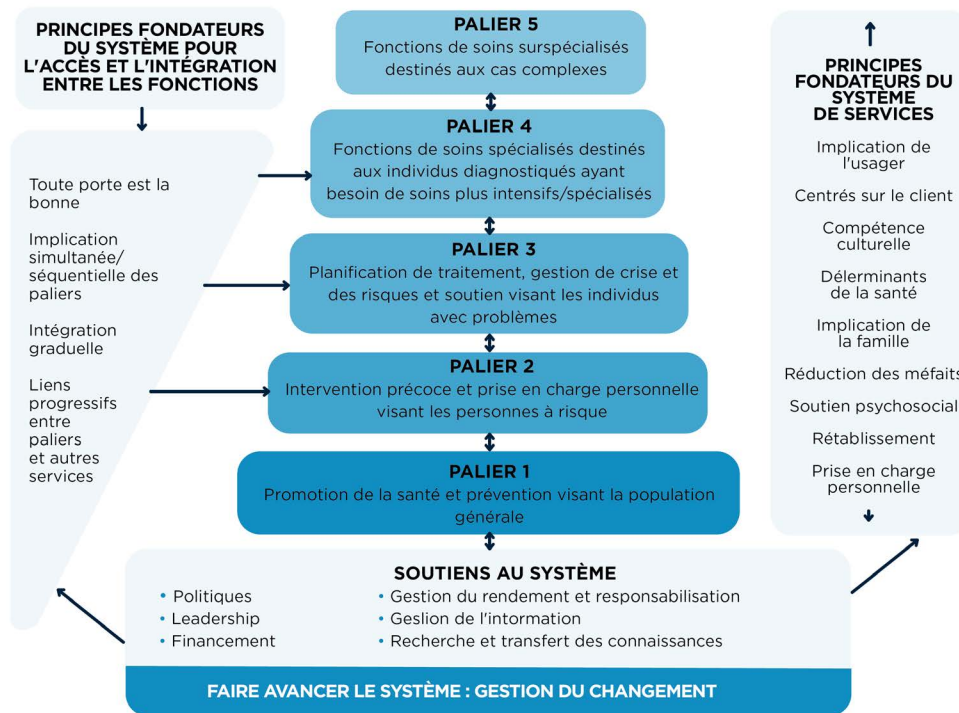
- **Catégorie 1 :** Les personnes atteintes de TC légers à modérés sont traitées par des services de première ligne (généralistes, milieux de soins primaires et communautaires, groupes de soutien);
- **Catégorie 2 :** Les personnes souffrant de TSM plutôt graves, mais dont l'usage de drogues illicites et d'alcool reste modéré, sont traitées dans des services de psychiatrie, qui établissent au besoin des relations de collaboration avec d'autres services;

→ **Catégorie 3** : Les personnes se heurtant à de graves TUS, mais à des TSM moins marqués, sont traités par des services de réadaptation de deuxième ligne spécialisés dans les traitements de la toxicomanie, qui établissent au besoin des relations de collaboration avec d'autres services;

→ **Catégorie 4** : Les personnes atteintes de TC graves sont traitées par des services spécialisés et intégrés, en psychiatrie et en réadaptation de troisième ligne (équipe intégrée et multidisciplinaire)⁽⁷¹⁾.

Le modèle de soins par paliers (Stepped Care Model), aussi appelé modèle à niveaux ou approche par étapes

Figure 2. Le modèle de soins par paliers Adapté avec permission de Rush⁽⁷²⁾ © 2010, SAGE Publications. (ou modèle à niveaux).

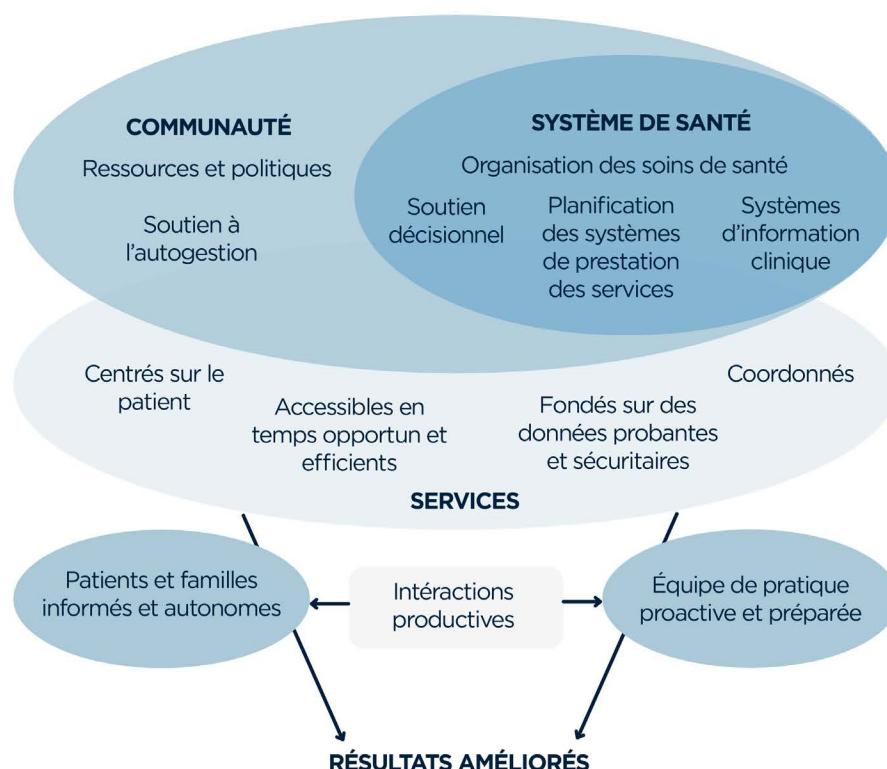


Ce modèle (figure 2) s'appuie sur la classification des TSM selon leur gravité pour proposer des services en fonction de l'acuité, de la chronicité et de la complexité des troubles présentés⁽⁶¹⁾. Cette hiérarchisation cible une utilisation judicieuse et responsable des services. Un élément crucial de ce modèle est l'entrée diverse des usagers et de leurs familles dans le réseau. Peu importe le point d'accès, les usagers sont dirigés vers les fonctions appropriées du même niveau ou de tout autre niveau. Ce modèle est axé sur un système flexible et la collaboration, permettant de modifier la planification des soins et de transférer efficacement les personnes entre les différents paliers⁽⁶³⁾.

Les modèles intégrés de prévention et de gestion des maladies chroniques

Figure 3. Le modèle élargi de gestion des maladies chroniques élaboré par le MacColl Institute.

Traduction libre de la figure du modèle élargi de gestion des maladies chroniques du MacColl Institute adapté avec permissions de Wagner⁽⁷³⁾ et de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux⁽⁷⁴⁾© 1998, The American College of Physicians.



Le plus connu est le « modèle de soins des maladies chroniques » (Chronic Care Model), parfois appelé « modèle de soins de longue durée » (figure 3).

Ce modèle est un cadre global visant une meilleure gestion des maladies chroniques en mettant l'accent sur une approche proactive, préventive, longitudinale et intégrée. Il prévoit qu'une amélioration dans des domaines interreliés peut engendrer une réforme du système dans lequel les personnes informées, conscientisées et actives interagissent avec des équipes de pratique préparées et proactives⁽⁷⁴⁾, à savoir :

1. Soutien à la prise en charge personnelle bien axée sur le plan comportemental visant en priorité l'amélioration de la confiance et des aptitudes des clients pour leur permettre d'être les ultimes responsables de leur traitement ;
2. Développement de processus et incitatifs visant la mise en œuvre de changements au système de prestation de soins;

3. Réorganisation des fonctions et des processus liés aux pratiques au sein des équipes (ex. : rendez-vous et suivi) en vue de répondre aux besoins des malades chroniques;
4. Élaboration et mise en œuvre de lignes directrices fondées sur des données probantes et de soutien connexe par la formation des fournisseurs, l'offre de rappels et l'intensification des interactions entre généralistes et spécialistes;
5. Amélioration des systèmes d'information en vue de favoriser la mise en place de registres de maladies, de systèmes de suivi et de rappels qui serviront de rétroaction sur le rendement;
6. Utilisation des ressources communautaires⁽⁶¹⁾.

Le modèle de gestion du rétablissement (Sustained Recovery Management)

Ce modèle se situe à la frontière entre la théorie et la pratique, et se fonde sur le modèle de soins de maladies chroniques⁽⁷⁵⁾. Bien que le modèle de soins aigus prédomine encore souvent, notamment aux États-Unis, on assiste progressivement à une transition vers l'approche de soins chroniques, ciblant une gestion à long terme du rétablissement qui n'est plus centrée sur les crises et des interventions brèves recherchant la disparition des symptômes, car cela ne peut suffire à la guérison, surtout que les rechutes des personnes souffrant de TUS ou de TC sont généralement la norme plutôt que l'exception. L'organisation des services repose sur les principes suivants :

1. Des mécanismes de détection et d'évaluation précoces;
2. Un traitement accessible;
3. L'intégration de stratégies d'intervention diversifiées et multidisciplinaires;
4. L'adaptation des interventions à la nature et à l'intensité des TUS et des besoins de la personne;
5. Des méthodes d'intervention proactives basées sur une évaluation continue, sur la prévention des rechutes et sur des interventions rapides;
6. La prise en considération de l'environnement de la personne et l'établissement de liens avec d'autres dispensateurs de services potentiels⁽³²⁾.

Le modèle du traitement intégré des troubles concomitants (Integrated Dual Disorder Treatment, IDDT)

Développé par Drake and Mueser⁽⁷⁶⁾ au Dartmouth Psychiatric Research Center, il se fonde sur les éléments suivants :

- Une intégration complète avec une seule et même équipe;
- Une évaluation intégrée;
- Des interventions sur mesure de manière à motiver la personne au changement;
- Un engagement total de l'équipe;
- Une réduction des conséquences de l'abus de substance afin d'entretenir la motivation;
- Une perspective de soins à long terme (illimitée);
- L'utilisation de plusieurs modèles de soins éprouvés pour une seule personne⁽⁷⁷⁾.

Le tout s'accompagne d'une surveillance rapprochée et d'une approche exhaustive qui prend notamment en considération le logement et l'implication familiale⁽⁷⁶⁾.

Le modèle du système de soins global, intégré et continu (Comprehensive, Continuous, Integrated System of Care, CCISC)

Ce modèle conçu en 2004 se base avant tout sur l'élaboration et la mise en place d'un processus visant à instaurer des changements durables en vue d'une intégration des soins et des services de santé mentale et de dépendance (ou d'autres formes de concomitances)⁽⁶³⁾. L'intégration peut être réalisée par des équipes œuvrant en collaboration sans toutefois travailler dans un même lieu, à condition que des liens soient établis entre elles. L'objectif est que chaque personne reçoive les services dont elle a besoin, quelle que soit la façon dont ces services sont organisés. Ce modèle s'appuie sur huit principes ou meilleures pratiques cliniques :

1. Les TC sont la norme et non l'exception;
2. Le rétablissement se fonde sur une relation intégrée empreinte d'empathie et d'espoir;
3. Les personnes aux prises avec des TC n'étant pas toutes les mêmes, chaque équipe doit pouvoir adapter les soins au profil de la personne;
4. Il faut considérer chacun des TC, TSM et TUS, comme primaires et donc prioritaires;
5. Le rétablissement passe par différentes étapes et changements propres à chaque trouble ou problème;
6. Le progrès n'est possible qu'à la faveur d'un soutien adéquat et l'acquisition de compétences pour chacun des troubles;
7. Les programmes de rétablissement, les interventions et les résultats doivent être personnalisés. Il n'y a pas de modèle unique;
8. Les politiques, les procédures, les pratiques, les programmes et le personnel soignant doivent être ouverts, orientés vers le rétablissement ou la résilience, et adaptés aux TC⁽⁷⁸⁾.

À ces principes sont associées 12 étapes permettant d'implanter graduellement ce modèle au sein d'un système de santé et de services sociaux, ainsi que des outils pour guider les équipes dans sa mise en œuvre⁽⁷⁸⁾.

Le modèle CCISC sous-tend la participation de plusieurs secteurs, et l'accent est mis sur un vaste continuum de bénignité-gravité. Il insiste sur la nécessité de liens solides entre les participants, de leur confiance mutuelle, de leur collaboration et de leur coordination.

Les modèles du soutien d'intensité variable (SIV) et du suivi intensif dans le milieu (SIM)

Au Québec, ces deux modèles d'intervention dans la communauté sont assujettis à un processus d'homologation du Centre national d'excellence en santé mentale et diffèrent par l'intensité des services offerts.

Le **SIV**, de type Case Management, s'adresse aux personnes avec un TSM grave qui requièrent des besoins de soutien et de réadaptation à domicile, mais dont l'intégration à la communauté demeure relative. Ce soutien est dit « d'intensité variable » parce qu'il s'adapte aux besoins de la personne qui peuvent varier sensiblement en intensité d'une période donnée à une autre⁽⁷⁹⁾. L'intervention axée sur le rétablissement et les

forces de la personne vise surtout à accroître les compétences de celle-ci à mieux gérer sa condition clinique et à assumer un rôle actif dans sa communauté. Fort d'un lien de confiance et de respect avec la personne, un intervenant pivot coordonne les services, établit les liens et assure une présence même s'il n'offre pas lui-même l'ensemble des services de réadaptation. De plus, les équipes de SIV font un dépistage actif pour rejoindre les personnes réticentes à consulter⁽⁸⁰⁾.

Le **SIM**, encore appelé Assertive Community Treatment, vise les personnes avec un TSM grave, sujettes à des réhospitalisations multiples, répondant peu aux approches et interventions usuelles, qui présentent un haut taux de complexité très souvent associé à des TUS et dont la condition est instable et fragile. Il est assuré par une équipe multidisciplinaire mobile (psychiatres, infirmiers cliniciens, travailleurs sociaux, criminologues, psychoéducateurs, ergothérapeutes, pairs aidants, etc.) offrant des services spécialisés de traitement et de réadaptation à haute intensité dans le milieu de vie des personnes pour mieux les interpeller, et ce, dans une perspective à plus ou moins long terme⁽⁸¹⁾. La durée de l'épisode de service peut en effet s'échelonner sur quelques années s'ajustant ainsi aux besoins complexes de la clientèle et de l'organisation des services en place.

Le programme d'intervention pour premiers épisodes psychotiques (PIPEP)

Énoncé dans le Plan d'action en santé mentale (PASM) 2015-2020 du Ministère de la Santé et des Services sociaux⁽⁴⁾, il vise à offrir des services à une clientèle de 12 à 35 ans présentant un premier épisode psychotique. Ses principes directeurs sont : la sensibilisation, la réduction de la stigmatisation, l'intégration sociale, la détection rapide, l'accessibilité, l'intervention intensive de proximité, l'intégration des interventions et du traitement des troubles mentaux qui coexistent et des besoins de santé physique, la continuité des services, l'implication des membres de l'entourage, l'efficacité et l'efficacités ainsi que l'assurance de la qualité⁽⁸²⁾.

La mise en œuvre précoce du **PIPEP** a pour objectif de maximiser les chances de rétablissement des personnes, de les soutenir tout au long de ce processus et d'assurer un soutien aux membres de leur entourage⁽⁴⁾.

Les modèles de soins partagés

Particulièrement développés au Royaume-Uni et en Australie, ces modèles varient notamment sur le plan de l'intensité du soutien accordé aux omnipraticiens par les psychiatres ou par les équipes psychiatriques. On trouve ainsi :

1. **Le modèle de coordination-consultation (Consultation-liaison Model)** : psychiatre répondant ou consultant auprès des omnipraticiens et des équipes de santé de première ligne en CSSS⁽³²⁾.
2. **Le modèle d'accompagnement et de liaison (Attachment Model)** : un ou plusieurs professionnels de la santé mentale sont inclus dans l'équipe de soin primaire. Il ne s'agit plus dès lors d'une collaboration de deux équipes différentes qui se soutiennent, mais de la pleine intégration d'une équipe multidisciplinaire spécialisée⁽⁸³⁾.
3. **Le modèle de soins primaires de qualité de Bower and Gilbody⁽⁸⁴⁾** : il comprend les deux composantes que sont les soins de collaboration et la consultation-liaison. La première composante vise à améliorer la formation des omnipraticiens en santé mentale et à faciliter les demandes de consultation par un psychiatre

(ou par une équipe psychosociale en Centre de réadaptation en dépendance (CRD)). La deuxième composante inclut des gestionnaires de cas, qui font la liaison entre les usagers et les médecins (omnipraticiens et psychiatres)⁽³²⁾.

Le modèle de l'American Society of Addiction Medicine (ASAM).

Au début des années 1990, l'ASAM a précisé les catégories de services requis par les personnes présentant une problématique en toxicomanie. Elle a établi et harmonisé les critères à partir desquels peuvent être déterminés les niveaux de soins requis par ces personnes, selon le profil de leurs besoins et des risques qu'elles présentent. Lors de la réédition de ces critères en 2001⁽⁸⁵⁾, considérant que les TC de santé mentale et de toxicomanie étaient très fréquents, l'ASAM a introduit les notions de services « capables pour les doubles diagnostics » et de services « renforcés pour les doubles diagnostics », en précisant leurs caractéristiques spécifiques, regroupées en sept dimensions : (1) une offre de services collaborative et intégrée; (2) une culture de services accueillante pour les personnes présentant des TC; (3) un processus systématique de détection, d'évaluation et de diagnostic des TC; (4) un processus clinique qui prévoit une planification par étape du traitement, une évaluation continue des symptômes propres à chaque trouble en cours de traitement et le recours à de multiples approches thérapeutiques telles que la pharmacothérapie, la psychoéducation, le soutien pour les usagers et leur famille, des interventions spécialisées de réadaptation et des services de pairs aidants; (5) une continuité de services centrée sur le rétablissement et les relances auprès de la clientèle; (6) le recrutement de ressources humaines compétentes, expérimentées et certifiées dont les pratiques cliniques sont supervisées et soutenues pour assurer la qualité de soins; et finalement (7) de la formation continue qui permet la maîtrise de compétences de base et avancées en matière de TC.

Tous les programmes ou systèmes de soins, qui offrent un traitement en dépendance ou en santé mentale, devraient selon l'ASAM être prêts à répondre aux besoins des personnes présentant des TC, à tout le moins au niveau « capable ». De plus, les réseaux de services devraient prévoir un accès à des services « renforcés » pour chacun des niveaux de soins. Consciente que les organisations en dépendance et en santé mentale n'étaient pas prêtes à assumer un niveau « capable », le modèle initial de l'ASAM incluait la notion de services « en dépendance seulement » et « en santé mentale seulement », sachant que ce type de services serait appelé à disparaître avec l'accroissement des capacités des cliniciens et des programmes à accorder une attention systématique à l'évaluation et au traitement des TC au fil des années. En 2005, la SAMHSA a illustré cette transformation progressive des capacités des organisations à mieux répondre aux besoins des personnes présentant des TC (figure 4)⁽⁷⁰⁾. Ainsi, les organisations peuvent s'appuyer sur les standards établis par l'ASAM pour adapter le niveau de capacité de leurs différents secteurs d'activités en matière de TC.

Figure 4. Niveaux de capacité des programmes et services en troubles concomitants (TC).

Adaptation et traduction libre de la figure 3-2 du Center for Substance Abuse Treatment⁽⁷⁰⁾ CC0.



Des outils développés pour le compte de la SAMHSA⁽⁸⁶⁾, tels que le Dual Diagnosis Capability in Addiction Treatment⁽⁸⁷⁾, le Dual Diagnosis Capability in Mental Health Treatment⁽⁸⁸⁾ ou le Dual Diagnosis Capability in Health Care Settings⁽⁸⁹⁾, permettent d'évaluer la capacité des organisations à répondre aux besoins des personnes présentant des TC dans leurs services en santé mentale, en dépendance et en soins de santé primaire. Ces outils orientent et soutiennent les organisations dans leurs activités d'amélioration continue de la qualité des services auprès de cette clientèle. Depuis la réédition de ses critères, l'ASAM⁽⁹⁰⁾ rapporte que de nombreuses organisations en dépendance et en santé mentale améliorent leur capacité à mieux répondre de façon holistique aux besoins des personnes présentant des TC à partir de services centrés sur la personne.

2.4. Exemples concrets d'organisation des soins et des services

AU QUÉBEC

Depuis la mise œuvre du PASM 2005-2010⁽⁹¹⁾ jusqu'à aujourd'hui, le gouvernement n'a cessé de travailler à l'amélioration des soins en matière de santé mentale, de dépendance et de TC. Ainsi, le PASM 2005-2010 met notamment de l'avant **la nécessité d'améliorer « l'intégration du dispositif de soins, incluant la collaboration interprofessionnelle, le travail interdisciplinaire et la continuité des services à la clientèle »**⁽⁹²⁾.

En 2011, soucieux de renforcer la première ligne, le gouvernement définissait les Orientations relatives à l'organisation des soins et des services offerts à la clientèle adulte par les équipes en santé mentale de première ligne en CSSS en soulignant que « Dorénavant, tous les partenaires concernés par la santé mentale et les troubles mentaux sont incités à travailler de concert »⁽⁹³⁾.

Le PASM 2015-2020, quant à lui, insiste sur les pratiques collaboratives en rappelant comme un des principes directeurs le fait que **les intervenants de spécialités, de disciplines, de secteurs (public, privé et communautaire) et de réseaux différents doivent travailler ensemble à offrir des services complémentaires**⁽⁴⁾. À ce sujet, dès 2015 et pour la première fois, le gouvernement regroupait les missions de soins et de services en santé mentale et dépendance sous une même direction, la Direction du

programme santé mentale et dépendance, que l'on retrouve dans tous les CIUSSS et les CISSS.

De même, dans le Plan d'action interministériel en dépendance (PAID) 2018-2028, l'orientation est explicitée puisqu'il est mentionné qu'il faut « déterminer les mesures à mettre en place pour accompagner les établissements dans l'implantation de pratiques cliniques intégrées et de qualité, et ce, au bénéfice des usagers »⁽⁹⁴⁾. **Le message est clair : favoriser une plus grande intégration des soins et services dispensés aux personnes présentant des TC.**

Cela dit, avant même la mise en place du PAID 2018-2028, certaines organisations s'étaient déjà employées à restructurer leurs pratiques afin d'offrir des soins et des services intégrés pour les TC.

→ LA CLINIQUE CORMIER-LAFONTAINE (CCL)

En 2001, constatant qu'une grande proportion de personnes souffrant de TC se retrouve exclue des traitements en santé mentale ou en dépendance, le Centre Dollard-Cormier (aujourd'hui Centre de réadaptation en dépendance de Montréal – Institut universitaire sur les dépendances, CRDM-IU) et l'Hôpital Louis-Hippolyte Lafontaine (à présent Institut universitaire en santé mentale de Montréal) unissaient leurs forces pour créer la Clinique Cormier-Lafontaine et offrir ainsi un des rares programmes au Québec pour le traitement intégré de TC de dépendance et de santé mentale.

À l'origine, la CCL était conçue comme un programme de troisième ligne, accessible via une référence médicale et s'adressant aux usagers ayant les TC les plus complexes. Le modèle d'intervention est celui du traitement intégré, dans une visée réadaptative et donc d'intervention à moyen et long termes. Avec le temps, la programmation et les partenaires de la CCL varient et elle comptait, à son apogée, trois programmes distincts, soient les troubles psychotiques, les troubles de personnalité et les troubles complexes, associés aux conduites addictives.

En 2012, la volonté d'offrir une continuité des soins incluant l'hospitalisation et le soutien aux ressources d'hébergement conduisait la CCL, malgré une équipe de petite taille, à concentrer ses activités sur le traitement intégré des TC avec troubles psychotiques. Les références provenaient alors d'équipes en psychiatrie de deuxième ligne sur l'ensemble de l'île de Montréal, ou de médecins omnipraticiens conjointement avec les intervenants du CRDM-IU. L'objectif était de traiter les personnes jusqu'à ce qu'elles soient en mesure de reprendre un suivi en première ou deuxième ligne à la suite de la rémission de leur TUS ou leur cheminement vers le rétablissement malgré une consommation persistante.

En 2019, la clinique comptait un psychiatre, 1,6 infirmier équivalent à temps plein et cinq intervenants pivots (travailleurs sociaux, ergothérapeute, psychoéducatrice). Elle offrait deux volets d'activités. Le volet principal consiste en un traitement intégré sur un mode de Case Management où les intervenants pivots assument un suivi thérapeutique individuel sur une base hebdomadaire pour une vingtaine d'usagers chacun. Le volet secondaire consiste en un service de consultation psychiatrique spécialisé en dépendances pour la clientèle du CRDM-IU, assorti de suivis conjoints pour les clientèles des programmes Itinérance et Jeunesse, et d'interventions brèves au besoin, de façon plus large.

En mai 2019, la Clinique Cormier-Lafontaine a été déplacée dans le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal et devenait la Clinique des TC.

→ MOSAIC

Ce partenariat clinique allie le CRD Le Virage et le CSSS Pierre-Boucher, sur la Rive-Sud de Montréal, et a été officialisé par la signature d'une entente de services⁽⁹⁵⁾. Il est né du constat que les intervenants, limités par des pratiques individuelles, ne peuvent bonifier l'offre de services en dépendance et en santé mentale qu'en « respectant le principe de hiérarchisation des services visant à assurer à la personne le bon service au bon moment, au bon endroit, et en mettant à profit les expertises appropriées », dans le respect des orientations ministérielles. L'idée du projet a pris forme en 2007 de la volonté des directions concernées de se rapprocher pour mettre en place une offre de services adaptée aux adultes présentant ou risquant de présenter des TC. Actif depuis 2011, le programme MOSAIC s'adresse aux personnes souffrant de TUS et d'un trouble psychotique ou d'un trouble de personnalité limite ou narcissique. Les personnes souffrant d'autres TC sont suivies dans le cadre habituel du CRD Le Virage ou du programme Santé mentale et déficience intellectuelle adulte (SMDIA).

Les objectifs de MOSAIC sont :

- D'assurer à la clientèle visée un meilleur accès à des services spécialisés adaptés à leur condition et à leurs besoins;
- De mettre en place un solide partenariat interétablissements favorisant l'intégration des services spécialisés et la continuité du cheminement de la clientèle;
- De mieux desservir, en CRD et en CSSS, la clientèle présentant des TC, mais dont le cas n'est pas assez grave pour être pris en charge par MOSAIC;
- D'organiser les services spécialisés des TC dans un continuum de services de première et de deuxième ligne.

Les actions implantées dans le cadre du programme incluent :

- Pour la clientèle avec un trouble psychotique du programme SMDIA du CSSS Pierre-Boucher : la co-animation d'activités de groupe de sensibilisation à caractère psychoéducatif entre un intervenant du CRD et un intervenant du CSSS (services externes et internes); la supervision ou l'accompagnement clinique par un intervenant du CRD et des praticiens de deuxième ligne en vue de susciter la motivation de leurs patients présentant un TUS; l'intensification et la formalisation de la collaboration entre les intervenants du SIM et ceux du CRD pour faciliter l'adhésion des patients à leur traitement;
- Pour la clientèle du point de service de Longueuil du CRD Le Virage présentant un portrait clinique très complexe : la disponibilité mensuelle d'un psychiatre du programme SMDIA du CSSS Pierre-Boucher, qui procède à des évaluations psychiatriques et participe à des discussions de cas portant sur des éléments diagnostiques. Cette clientèle est aiguillée vers le service de santé mentale du CSSS pour un suivi médical conjoint lorsque requis;
- Pour la clientèle avec un trouble sévère de personnalité limite ou narcissique du point de service de Longueuil du CRD Le Virage : la participation d'un psychologue du module de troubles de personnalité du programme SMDIA du CSSS à des discussions cliniques mensuelles en vue d'ajuster le plan de traitement. La clientèle est généralement suivie par les deux établissements, et les plans de traitement doivent être coordonnés et intégrés;

- Pour les personnes présentant un trouble psychotique et un problème de consommation : un groupe d'intervention intégrée à caractère psychothérapeutique.

MOSAIC offre donc à sa clientèle des services directs d'évaluation, de supervision ou d'accompagnement et de co-animation d'activités de groupe, ainsi que des services indirects de discussion de cas et de soutien professionnel. En outre, pour mieux répondre à leurs besoins, les intervenants d'un établissement se déplacent régulièrement vers l'autre établissement pour offrir leurs services, aidant ainsi les clientèles les plus vulnérables tout en côtoyant les membres d'autres équipes, ce qui donne lieu à des liens croisés, voire à une formation croisée (p. 37).

→ LE SERVICE DE PSYCHIATRIE DES TOXICOMANIES (SPT) (ANCIENNEMENT UNITÉ DE PSYCHIATRIE DES TOXICOMANIES, UPT)^d

Issu d'un partenariat entre le SMT et le Département de psychiatrie du CHUM, le SPT a vu le jour en 2009 afin d'offrir un traitement intégré des TC aux personnes qui ont des difficultés à être soignées dans les structures existantes. Ce programme de soins tertiaires propose une expertise surspécialisée en TC. Son mandat est d'intervenir en période de crise et d'instabilité importante des personnes, tant sur le plan de la consommation que de la santé mentale et physique, en vue de soutenir les équipes soignantes, ou encore d'offrir un suivi pour stabiliser leur état, puis de les réorienter vers les ressources habituelles de traitement et de réadaptation. Il s'agit donc de soins personnalisés définis dans le temps. Le SPT n'assure pas de services de réadaptation à long terme.

L'équipe du SPT comprend des psychiatres, des travailleurs sociaux, des ergothérapeutes ainsi que des infirmières et peut compter sur l'équipe hospitalière d'une unité interne conjointe avec le SMT. Elle offre ainsi un continuum complet de soins qui inclut les urgences médicales et psychiatriques du CHUM, des lits d'hospitalisation en psychiatrie des toxicomanies et un programme externe intensif et individualisé. Ce volet externe comprend une prise en charge multimodale orchestrée par un professionnel désigné. Le plan de traitement est individualisé et inclut :

1. Un suivi régulier (hebdomadaire) avec le professionnel désigné;
2. Un suivi psychiatrique (mensuel);
3. Des groupes thérapeutiques;
4. Un suivi en soins infirmiers, ergothérapie ou par un travailleur social, selon les besoins;
5. Si nécessaire, un suivi avec l'équipe du SMT des problèmes médicaux liés à la toxicomanie (ex. : hépatite C);
6. Une hospitalisation dans l'unité interne du SPT lorsque requis.

Les soins durent en moyenne de 6 à 24 mois et incluent différentes modalités pharmacologiques et psychosociales intégrées pour la santé mentale et la toxicomanie. Une période de soins prend fin lorsque la personne est assez stable pour que son suivi se fasse par des ressources de première ou de deuxième ligne, ou lorsqu'elle ne bénéficie plus des modalités thérapeutiques offertes par le SPT (notamment, si elle ne désire plus apporter des changements liés à sa santé mentale ou à sa toxicomanie,

^d Les informations présentées ici sont tirées de la Programmation/planification des services de l'UPT de novembre 2015.

si les modalités thérapeutiques du programme ne l'intéressent pas ou qu'elle ne requiert plus l'intensité de suivi propre au SPT).

Le SPT a également le mandat de soutenir les partenaires du réseau offrant des traitements pour TC. À cet effet, les psychiatres offrent des services de consultation et de recommandations :

- Pour les personnes suivies en médecine des toxicomanies ou dans d'autres services cliniques au CHUM;
- Aux équipes spécialisées en psychiatrie du réseau;
- À plusieurs équipes des Guichets d'accès en santé mentale adulte;
- À certains partenaires du réseau spécialisés dans le traitement de la toxicomanie et d'autres populations vulnérables.

Enfin, le SPT dispose d'un volet universitaire orienté vers l'enseignement et la recherche, avec différentes études visant à développer et évaluer des interventions pour la toxicomanie et la santé mentale. Le SPT a aussi maintenant intégré dans ses activités de transfert des connaissances le télémentorat ECHO® CHUM TC (p. 38).

→ INITIATIVES FAVORISANT L'INTÉGRATION

Les formations croisées

Certaines pratiques comme les formations croisées ont été introduites dans des milieux de soins pour soutenir l'intégration. Le modèle de formation croisée (Cross Training) favoriserait «le partage d'une vision commune, d'une compréhension des rôles de chacun et de la capacité d'interagir efficacement en contexte de situations prévues ou imprévues»⁽⁹⁶⁾. La formation croisée est une stratégie d'apprentissage cherchant essentiellement à faciliter l'émergence des connaissances interpositionnelles (Interpositional Knowledge) entre les partenaires impliqués dans un projet ou l'atteinte d'un objectif commun. Ces représentations communes des rôles et responsabilités de chacun permettent aux partenaires d'anticiper les besoins et les actions nécessaires pour se coordonner avec les autres. De plus, ces représentations sont développées par l'entremise d'une série de techniques interreliées :

- la clarification positionnelle qui favorise la compréhension du rôle de chaque membre de l'équipe;
- l'observation positionnelle qui permet de suivre les rôles et les responsabilités de chaque membre de l'équipe;
- la rotation positionnelle qui suscite la mise en œuvre des tâches et des responsabilités grâce à la réalisation de stages d'immersion par des intervenants en dépendance dans un milieu clinique destiné aux troubles mentaux sévères et vice-versa⁽⁹⁶⁾.

Les échanges de personnel favoriseraient une meilleure connaissance et compréhension des intervenants et des réseaux des deux secteurs, ce qui pourrait faciliter le processus d'aiguillage d'un réseau à l'autre. Cette rotation positionnelle contribuerait également à l'acquisition de connaissances et à l'apprentissage de nouveaux processus cliniques permettant un traitement intégré plus efficace des TC au sein de chacun des systèmes de services⁽³²⁾⁽⁹⁷⁾. Bien sûr, le but poursuivi n'est pas de rendre les intervenants capables d'effectuer le travail d'autres professionnels,

mais plutôt de bonifier la collaboration pour répondre plus adéquatement aux besoins des personnes ayant des troubles concomitants.

Le programme de télémentorat ECHO® CHUM TC

Mis en place en 2018 pour les professionnels responsables d'une clientèle aux prises avec des TC, il donne accès à une communauté de professionnels de la santé et des services sociaux afin de discuter de situations cliniques réelles et de partager des savoirs sur les TC.

Accessible via une plateforme de webconférence une fois aux deux semaines, chaque séance est l'occasion de présenter un cas de TC, d'en discuter et de chercher les meilleurs moyens disponibles pour tenter de répondre aux problématiques liées à cette situation clinique. Psychiatres, médecins, infirmières, ergothérapeutes, travailleurs sociaux et pharmaciens, tous et toutes sont mis à contribution pour recommander et suggérer des interventions. Une bibliothécaire-informaticienne participe également aux séances et assure les recherches documentaires utiles aux discussions. De plus, chaque séance s'accompagne d'une capsule pédagogique en lien avec les TC. Ces capsules ainsi que les sources de références indiquées au cours de la discussion de cas sont ensuite déposées sur le portail documentaire du CECTC afin d'en faciliter la consultation et le partage. Ce programme est un vecteur idéal pour la collaboration interprofessionnelle, la formation et le réseautage. Offert gratuitement par le CECTC, ce programme s'impose de façon concrète et efficace dans le réseau de la santé avec la volonté de contribuer efficacement à l'intégration des soins et des services pour les TC.

La collaboration judiciaire

Depuis 1998, la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (Loi P-38) redéfinit les règles, les pouvoirs et la procédure du processus d'internement civil pour cause de risques liés à l'état mental d'une personne au Québec⁽⁹⁸⁾. Ce tournant historique n'a été rendu possible qu'en s'appuyant sur les droits fondamentaux que sont l'inviolabilité, l'intégrité et la liberté de la personne.

Par ailleurs, outre les différents types de gardes en établissement (préventive, provisoire, autorisée), nombreuses sont les ordonnances permettant de répondre adéquatement aux besoins des personnes aux prises avec des TC. La principale étant l'ordonnance de traitement encore appelée autorisation judiciaire de soins⁽⁹⁹⁾.

De plus, à l'image du Canada et des États-Unis, le ministère de la Justice du Québec en collaboration avec le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS), le ministère de la Sécurité publique et le Directeur des poursuites criminelles et pénales a progressivement mis en place dans les principales régions, à partir de 2008, le Programme d'accompagnement justice et santé mentale (PAJ-SM). Ce dernier, qui peut permettre une réduction de peine ou parfois la déjudiciarisation, offre un traitement judiciaire adapté à la réalité des personnes aux prises avec un problème de santé mentale et qui font face à la justice. Le PAJ-SM utilise même la période d'accusation pour faire émerger des leviers motivationnels afin d'amorcer une démarche de rétablissement de l'accusé.

Aujourd'hui, le ministère de la Santé et des Services sociaux travaille à la mise en place d'un modèle hiérarchisé de psychiatrie légale en quatre niveaux inspiré du modèle Dangerousness, Understanding, Recovery and Urgency Manual (Dundrum)

créé par Harry G. Kennedy⁽¹⁰⁰⁾. À la faveur de ce modèle de triage permettant l'évaluation, le traitement et le suivi des personnes en psychiatrie légale, les établissements de soins verront leurs rôles et responsabilités clairement définis.

À L'EXTÉRIEUR DU QUÉBEC

→ CANADA

La constitution permet aux provinces de légiférer en matière de santé mentale et explique les disparités interprovinciales et une implication plus générale du gouvernement fédéral en ce qui concerne les TC. Ainsi, au début des années 2000, en publiant le document intitulé Meilleures pratiques — Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie⁽¹⁰¹⁾, le Canada a mis de l'avant la nécessité d'avoir une réflexion globale sur les TC. Un peu plus tard, en 2008, le rapport intitulé On the Integration of Mental Health and Substance Use Services and Systems: Main Report⁽¹⁰²⁾ a mis l'accent sur les processus d'intégration et sur les composantes de larges échelles propres aux soins et services. Finalement, en 2015, le rapport Collaboration pour les soins en toxicomanie et en santé mentale : meilleurs conseils⁽⁶¹⁾ a souligné que la conjoncture était favorable à l'établissement de diverses formes de collaboration relativement aux TC.

Désireuses de mettre en pratique les recommandations de ces différents rapports, les provinces de l'Alberta et de l'Ontario ont, entre autres, adopté le modèle des paliers (p. 27) pour l'une, et la mise en avant des ressources technologiques pour l'autre. La Colombie-Britannique, quant à elle, a mis en place un réseau à la grandeur de la province, le BC Mental Health and Substance Use Services, afin de répondre aux besoins complexes concernant les TC. **Pour autant, il subsiste un déficit important en ce qui concerne l'évaluation des programmes et des initiatives mis en œuvre pour les TC dans les provinces canadiennes⁽⁶³⁾.**

→ ÉTATS-UNIS

Les politiques de santé américaines, de par la fragmentation que lui impose la gestion État par État, rendent difficile la possibilité de généraliser. La conséquence est qu'il n'existe pas d'approches unifiées et que les centres de traitement en dépendance ne parviennent pas à répondre aux besoins des personnes avec des TC⁽⁶³⁾. Aussi, chaque État tente, selon son contexte, d'établir des ententes de collaboration entre les secteurs des TUS et ceux des TSM, en recourant généralement au modèle des quadrants (p. 26).

Toutefois, devant cette situation hétérogène, le Co-Occuring State Incentive Grant fait exception. Initié par la SAMHSA, ce programme subventionne des projets provenant d'une poignée d'États afin de créer des liens novateurs et engageants entre les TSM et les TUS⁽¹⁰³⁾.

Malgré cela, il subsiste une relation asymétrique entre la santé mentale et la dépendance dans certains États : les troubles mentaux graves grugent une part importante des ressources autant financières qu'organisationnelles, tandis que les TC modérés, qui concernent en nombre absolu un plus grand nombre de personnes, doivent se contenter d'un financement moindre⁽¹⁰⁴⁾. Cela n'empêche pas d'autres États, comme l'Ohio et l'Oregon, d'instaurer des trajectoires de soins et de services compatibles avec les besoins des personnes aux prises avec des TC. Conscient de la

nécessité d'intégrer des pratiques fondées sur des données probantes destinées aux TC, l'Ohio Substance Abuse and Mental Illness Coordinating Center a mis en place le modèle IDDT (p. 29) au tournant de l'an 2000⁽¹⁰⁵⁾.

Enfin, à la suite de cette initiative, **un certain nombre d'États ont mis en place des centres régionaux d'assistance technique pour assurer la planification, la formation, la supervision et la résolution de problèmes quant à l'implantation de soins et de services intégrés pour les TC**⁽¹⁰⁶⁾.

→ ROYAUME-UNI

Tant au sujet du Royaume-Uni que de l'Australie (p. 41), l'abondance de publications et de données probantes permet de se faire une idée plus précise des nombreuses initiatives et autres lignes directrices gouvernementales concernant les TC.

Au Royaume-Uni, c'est sous la houlette du NICE^e que le pays s'est doté de mesures précises concernant le traitement des TC. En privilégiant les modèles de soins partagés, le système britannique a mis l'accent sur des éléments essentiels :

- la présence d'omnipraticiens spécialisés en santé mentale, incluant les TUS;
- la formalisation de procédures rapides de demandes de consultation, et des consultations téléphoniques des omnipraticiens aux psychiatres ou autres spécialistes;
- des programmes de formation, de Coaching clinique et d'outillage assurés aux omnipraticiens;
- l'intervention directe de professionnels de la santé mentale ou des CRD dans les cliniques médicales des omnipraticiens; des consultations entre omnipraticiens et intervenants de la santé mentale, ou des consultations entre les personnes et les professionnels de la santé mentale et des TUS incluant ou non les omnipraticiens et, parfois, la coordination des personnes par les gestionnaires de cas assurant un suivi étroit avec les omnipraticiens⁽¹⁰⁷⁾.

Doté d'une première ligne forte, le Royaume-Uni s'assure, dès le premier contact avec la personne souffrant de TC, qu'elle soit accueillie sans a priori (stigmatisation) tout en bénéficiant d'un bilan de santé générale de manière à « identifier ses besoins immédiats, quelle que soit la porte d'entrée »⁽⁶⁾. Elle est ensuite rapidement dirigée vers des services de seconde ligne. Elle est alors aussitôt prise en charge par un coordonnateur de soins, qui entre en contact avec l'équipe soignante et la famille, tout en garantissant auprès des services compétents que ses besoins (sécurité sociale, logement, soins physiques et mentaux, traitements de substitution, etc.) soient comblés.

L'équipe soignante collabore avec la personne, potentiellement des membres de sa famille et le coordonnateur pour élaborer un plan de soins adapté et réévalué périodiquement. Ce plan doit inclure une évaluation de son état physique général, de son régime de vie, ainsi que de ses besoins généraux sur les plans :

- de sa situation familiale;
- de son hygiène de vie;
- de ses comportements sexuels;

e Le NICE formule les orientations et les recommandations en vue d'améliorer les soins de santé et la protection sociale au Royaume-Uni.

- de sa consommation de médicaments, d'alcool et de drogues;
- de son régime alimentaire et sportif;
- de sa sédentarité;
- de son logement;
- de sa situation professionnelle ou scolaire, etc.⁽⁶⁾

Selon les lignes directrices du NICE, un cheminement clinique intégré nécessite un partage d'informations et de responsabilités entre les intervenants, et l'établissement d'un plan de soins à l'approche multidisciplinaire ciblant la collaboration, le partenariat, des intervenants de différentes disciplines ou services.

Ce plan inclut une entente sur les procédures, la coordination de la prestation des soins par les médecins et autres professionnels de la santé ou services communautaires, une gestion commune des risques, la continuité des soins malgré des points de transition dans le parcours et des protocoles mutuellement accessibles⁽⁶⁾. **Le profil du personnel a aussi un rôle clé à jouer : sa formation adéquate, son soutien, son encadrement et son évaluation régulière sont incontournables.**

Parmi ses principales recommandations, le NICE pense qu'il est préférable de mettre en place les améliorations au sein des services spécialisés déjà existants plutôt que de créer de nouveaux services spécialisés en TC. Bien qu'il reconnaisse qu'il est nécessaire d'attendre quelques années avant de disposer de certitudes quant aux traitements des TC, il croit que c'est surtout en augmentant le niveau d'engagement des professionnels que les améliorations vont porter fruit.

→ AUSTRALIE

Selon l'Organisation de coopération et de développement économiques, l'Australie, au même titre que le Canada, se situe parmi les 10 premiers pays au monde (moyens forts) quant à la contribution de sa première ligne à ses performances en matière de santé⁽¹⁰⁸⁾. Il s'agit donc d'un modèle comparable à celui du Québec d'autant plus que le système de santé australien fonctionne lui aussi avec des spécialités en silos qui, historiquement, limitent l'intégration entre les services⁽¹⁰⁹⁾⁽¹¹⁰⁾. Ce sont donc surtout des soins séquentiels, au mieux parallèles, qui sont offerts aux personnes souffrant de TC⁽⁶⁹⁾.

À cela, il faut ajouter l'immensité du pays, le contraste entre les centres urbains densément peuplés et les villages ou régions rurales caractérisés par leur éloignement qui rendent difficiles la coordination et l'intégration des services, voire la congruence des soins. Ceci explique sans doute pourquoi les initiatives les plus significatives sont prises par les États ou des territoires (l'équivalent des provinces au Canada).

Ainsi, en 2008, en phase avec la National Comorbidity Initiative 2004-2008, qui a pour objectif d'améliorer la coordination entre les services et les traitements, le New South Wales Department of Health⁽¹¹¹⁾ émettait un plan d'action pour le traitement des TC fondé sur quatre priorités :

- Se concentrer sur la planification et le développement des ressources humaines;
- Améliorer le développement de l'infrastructure et des systèmes;
- Bonifier la réponse selon les critères d'accès pour les personnes prioritaires;
- Parfaire les stratégies de promotion, de prévention et d'intervention précoce.

La même année, l'État du Queensland adoptait une politique publique spécialement orientée vers les soins et services relatifs aux TC avec pour principes⁽¹¹²⁾ :

1. La collaboration entre tous les intervenants;
2. Les personnes avec des TC sont « The Expectation not the Exception »;
3. L'approche de soins intégrés;
4. Le NWD;
5. L'alliance thérapeutique;
6. L'approche biopsychosociale;
7. L'approche visant la réduction des méfaits;
8. L'approche basée sur le rétablissement;
9. Le TSM et le TUS considérés comme primaires;
10. La prise en considération des populations vulnérables (aborigènes, jeunes, etc.);
11. La participation active de la personne, des soignants, de la famille et autres;
12. La contribution de la communauté explicitement reconnue.

Déjà en 2007, l'État du Victoria, en s'inspirant du modèle des quadrants (p. 26), mettait en place une réponse systématique aux TC (Dual Diagnosis) avec un modèle à trois niveaux⁽¹¹⁰⁾ :

- Le premier s'adresse aux personnes avec des TC de faible intensité à la faveur d'une réponse intégrée dès la première ligne, avec possibilité de réorienter les cas plus lourds vers des ressources plus spécialisées;
- Le deuxième accueille les personnes avec un TUS sévère et un TSM faible grâce à une équipe hautement spécialisée en TUS et capable de prodiguer des soins pour le TSM;
- Le troisième prend en charge les personnes avec des TC sévères. Les meilleures pratiques en psychiatrie, rétablissement et dépendances, sont mises en œuvre selon un traitement intégré qui peut être pris en charge par un médecin responsable ou de manière concertée, par différents services⁽¹¹³⁾.

En plus de ces initiatives étatiques, le ministère de la Santé de Nouvelle-Galles du Sud cite quelques exemples de modèles ou d'organisations implantés en Australie⁽¹¹⁰⁾.

Triple Care Farm. Créée en 1990, il s'agit au départ d'un centre de désintoxication pour jeunes, mais sa vocation s'élargit de façon à proposer des soins intégrés de TC pour les jeunes entre 16 et 24 ans. Deux programmes sont offerts : le Rehabilitation Program qui offre un soutien pour les TC pendant 12 semaines et le Withdrawal Program qui, pendant 28 jours, accompagne les personnes en désintoxication. Le Rehabilitation Program privilégie une vision globale où la personne, appelée « étudiante », est responsabilisée afin qu'elle se prenne en main, participe activement à son traitement et se penche sur l'amélioration de son état. L'étudiant passe par trois étapes (la passerelle, l'exploration et la sortie) avant de bénéficier d'un soutien postcure de six mois pour consolider les bénéfices du sevrage et prévenir les rechutes. Durant son séjour, il acquiert des habiletés psychosociales pour mieux affronter les défis et problèmes du quotidien; il est aussi encouragé à adopter des habitudes de vie saines, notamment sur le plan de l'alimentation et de l'activité physique, et à poursuivre son éducation ou son intégration professionnelle pour améliorer sa qualité de vie à long terme⁽¹¹⁴⁾.

Collaborative Early Identification Model. Développé par l'Université Deakin et le réseau de santé Southern Health, et implanté dans deux services spécialisés (la Mental Health Emergency Crisis Assessment Treatment Team et le Outpatient Alcohol and Drug Services Intake System), ce programme se fonde notamment sur l'approche NWD (p. 24), un dépistage systématique à tous les points d'entrée, l'utilisation d'outils de dépistage pratiques et efficaces, des procédés d'évaluation efficaces, des lignes directrices cliniques permettant l'aiguillage de l'utilisateur vers les bonnes ressources et son intégration dans un programme de soins approprié ainsi qu'une approche mobilisant son engagement. Ce modèle a démontré, entre autres, que le dépistage systématique amène les usagers à s'ouvrir sur leurs problèmes de consommation de SPA ou de TSM et fait en sorte que les intervenants informent les usagers des risques associés aux SPA ou aux TSM et offrent les ressources disponibles⁽¹¹⁰⁾.

Sydney Local Health District Model of Care for Comorbidity⁽¹¹⁰⁾. Récemment instauré, ce modèle de soins intégrés, s'adressant aux personnes avec des TC graves ou complexes, prend en compte la nature fluctuante de cette maladie. Il conjugue le modèle des quadrants (p. 26) et le modèle de soins par paliers (p. 27) notamment pour ce qui est des services dispensant les soins en fonction de leur gravité. Quelle que soit la porte d'entrée, les personnes doivent recevoir les services appropriés jusqu'à ce qu'un autre service se charge de coordonner le processus d'aiguillage et d'organisation des soins, avec l'approbation de la personne. Le modèle de Sydney offre des lignes directrices sur plusieurs plans (en proposant parfois un protocole à suivre) :

- Dépistage systématique;
- Évaluation des risques;
- Tableau des symptômes à des fins diagnostiques;
- Orientation du patient vers les bonnes ressources;
- Planification des soins et établissement d'un protocole;
- Révision des dossiers;
- Accès à certaines thérapies (EM, TCC, gestion du sevrage, etc.);
- Prévention et éducation relativement aux SPA;
- Implication des services appropriés;
- Procédures à suivre en cas d'aggravation ou d'amélioration;
- Autorisation du patient à quitter un établissement ou un service.

De façon générale, ces exemples illustrent bien la nécessité de recourir à certains principes éprouvés et incontournables, tout en montrant qu'il est possible de faire preuve de créativité et de choisir des modèles adaptés aux particularités des TC.

Au Québec comme ailleurs, qu'il s'agisse de traitements non pharmacologiques, pharmacologiques et médicaux ou d'approches essentielles et de modèles théoriques, nombreux sont les outils auxquels il est possible d'avoir recours pour traiter les TC. Encore faut-il savoir les choisir en fonction des personnes, du personnel soignant et des cultures.

Tous les moyens décrits ci-dessus n'ont de sens et d'efficacité que dans une perspective d'adhésion de tous les intervenants concernés. Il est évident que ces initiatives connaissent des fortunes diverses, mais il n'en reste pas moins qu'«**il est impératif de s'éloigner d'une approche limitée à un trouble en particulier et d'adopter une attitude de soins à multiples facettes**»⁽⁶⁹⁾.



3. Pratiques adaptées aux troubles concomitants

Que ce soient des diagnostics sous-évalués, de nombreuses combinaisons de troubles, des préjugés, un manque d'intégration, la complexité ou des formations non adaptées, nombreuses sont les raisons expliquant pourquoi les TC ne sont pas encore véritablement et globalement pris en charge. Pourtant, l'accroissement du nombre et de la durée des hospitalisations, la faible adhésion aux traitements, la moins bonne réponse aux interventions, l'augmentation des risques de suicide, la prévalence grandissante des TC et le fait que nombre de personnes échappent à la vigilance du système de santé montrent à quel point il est plus que jamais nécessaire de mettre en place des structures conçues pour accueillir les personnes aux prises avec des TC. C'est d'ailleurs dans ce sens que vont les récentes recommandations ministérielles :

«Mettre en œuvre, dans toutes les régions du Québec, des modèles probants d'organisation de services adaptés à la concomitance des troubles mentaux et de TUS»⁽⁹⁴⁾;

«Étant donné la fréquente concomitance et l'interdépendance des troubles mentaux et des dépendances, ces deux problèmes de santé doivent être abordés conjointement et de façon intégrée»⁽⁴⁾.

C'est précisément en réponse à cette situation que le CECTC, par le truchement de cette synthèse et de ses services, se propose de mettre en évidence les meilleures pratiques et autres principes éprouvés de manière à définir une approche solide, fondée sur des données probantes en vue de soutenir l'émergence de structures adaptées et pérennes entièrement engagées dans le traitement des TC.

3.1. Principes généraux pour une offre de soins intégrée

Intégration

«Les lignes directrices professionnelles récentes indiquent que les troubles concomitants sont mieux traités en utilisant une approche intégrée qui est plus qu'une offre simultanée de services»⁽¹¹⁵⁾.

La longue histoire du travail séparé des services de toxicomanie et de santé mentale a clairement mis en évidence de nombreuses lacunes et la nécessité de fédérer tous les protagonistes autour de la personne aux prises avec des TC. **Cette notion d'intégration ne se limite pas seulement aux équipes, elle s'applique aux traitements (pharmacologiques et non pharmacologiques) ainsi qu'à la personne dans sa communauté**⁽¹¹⁶⁾.

Il n'existe pas de modèle d'intégration largement supérieur aux autres puisque tous dépendent des contextes externe (paliers gouvernementaux) et interne (cadre de soins et communauté)⁽¹⁰²⁾. Cependant, il appert que l'intégration est la condition essentielle pour mener à bien ce type d'organisation.

Attitude

«La perpétuation d'une vision sombre, dépassée et pessimiste où les maladies s'aggravent invariablement et où les résultats sont négatifs est l'expression d'une attitude stigmatisante à l'égard de l'évolution de la maladie. Cette vision maintient et renforce la stigmatisation associée à la maladie mentale»⁽¹¹⁷⁾.

En présence d'une personne avec un TUS, un TSM ou des deux, la motivation est nécessaire. **En ce sens, l'alliance thérapeutique est primordiale tant pour le soignant que pour la personne aux prises avec des TC et son entourage.**

Enfin, le décloisonnement inhérent à une structure intégrée sous-entend que **l'alliance thérapeutique se fasse aussi avec les autres soignants, quelle que soit leur spécialité, «et ce, sans perte d'expertise, sans compétition et sans différend majeur.** Comme avec tout mélange de cultures, il importe de faire preuve de souplesse, d'ouverture et de respect»⁽¹⁸⁾.

Soutien organisationnel

«S'assurer que les soignants (incluant les jeunes soignants) qui fournissent un soutien soient conscients qu'ils sont habilités à le faire, et qu'une évaluation de leurs propres besoins leur est offerte»⁽⁶⁾.

L'intégration se faisant avec l'engagement de toutes les parties et le soutien organisationnel (leaders, stratégies, appui institutionnel) garantit le processus d'intégration dans la mesure où certains aspects comme la formation et la communication requièrent temps et expertise.

Une structure de liaison où la sélection de nouveaux employés en conformité avec les objectifs peut avoir un impact significatif sur le processus d'intégration⁽¹¹⁵⁾.

Collaboration

«Toute forme de collaboration, du simple réseautage jusqu'à une intégration organisationnelle, est indispensable afin d'améliorer et de bonifier les soins et services fournis aux personnes présentant un trouble concomitant en santé mentale et en dépendance»⁽⁶³⁾.

Aujourd'hui, le patient partenaire (qui participe activement à sa propre thérapie) et le pair aidant (qui, faisant ou ayant fait l'expérience d'un problème de santé mentale, accompagne une autre personne) jouent un rôle significatif dans le traitement et la réhabilitation ⁽¹¹⁸⁾. **Sachant que le traitement d'une personne avec des TC fait appel à des expertises différentes et variées, la collaboration entre tous les intervenants s'impose à chaque étape du parcours de soins.** Il est important que les professionnels partagent les mêmes valeurs quant au traitement et comprennent les différentes pratiques qui le sous-tendent⁽¹¹⁵⁾. **Pour être pleinement efficace, cette collaboration doit s'étendre aux personnes, à leurs proches et à leur communauté en développant une relation de qualité basée sur le respect et l'empathie**⁽¹¹²⁾.

Accessibilité

«L'accès insuffisant à des soins de santé efficaces pour les individus souffrant de troubles mentaux et de troubles liés à l'usage de substances [...] a été rapporté à l'échelle internationale et demeure une préoccupation importante à ce jour»⁽¹¹⁹⁾.

Le NWD, l'accueil sans restriction (p. 24), permet à la personne de se présenter à n'importe quelle porte d'accueil dans le RSSS avec la certitude d'être accueillie, dépistée, évaluée, référée et accompagnée. Il est établi que cette disposition a fait ses preuves en ce qui concerne les TC si l'on garantit en même temps la prise en compte d'une éventuelle concomitance, une évaluation complète et un aiguillage avisé. Dans cet esprit, **«les avantages [sont] considérables pour la santé individuelle et collective, la société et l'économie que procurent un dépistage et une intervention efficaces»**⁽¹⁸⁾.

Pour ce faire, les soignants ont une connaissance minimale des modèles établis comme ceux des quadrants (p. 26) et des paliers (p. 27). En somme, conformément aux plans d'action, politiques et stratégies gouvernementales en santé mentale, **il faut une première ligne forte sur le plan de la capacité à bien accueillir les personnes et à assurer un aiguillage souple et avisé.**

Soins

« Sensibiliser tout le personnel soignant aux pratiques de bases pour les TC incluant l'administration d'outils de dépistage, l'évaluation préliminaire et les liens appropriés pour aiguiller la personne à l'intérieur ou entre les services »⁽¹¹⁰⁾.

Le traitement des TC, compte tenu des particularités de la personne qui en bénéficie, demande une réelle fluidité entre les soignants de manière à garantir un cheminement transparent. **En effet, il n'y a rien de plus déstabilisant pour une personne que de se heurter à des obstacles au cours de son traitement.** Elle ne doit pas subir ce type de contrariété. Cela exige alors un cheminement thérapeutique rigoureux incluant⁽⁷⁷⁾:

- l'accueil sans restriction;
- le dépistage des TC;
- l'aiguillage pertinent;
- la prise en charge globale;
- la planification d'un modèle de soins adapté à la personne;
- la mise en place d'un environnement propice au rétablissement (famille, implication sociale, aide à l'emploi, etc.);
- l'accompagnement étroit (avec possibilités de réajustements);
- l'atteinte des objectifs;
- le rétablissement;
- le suivi au-delà de l'hospitalisation.

Compétences

« S'assurer que la formation prend en compte les besoins de l'équipe soignante dans différents types de services et pour différents groupes d'âge »⁽¹¹⁰⁾.

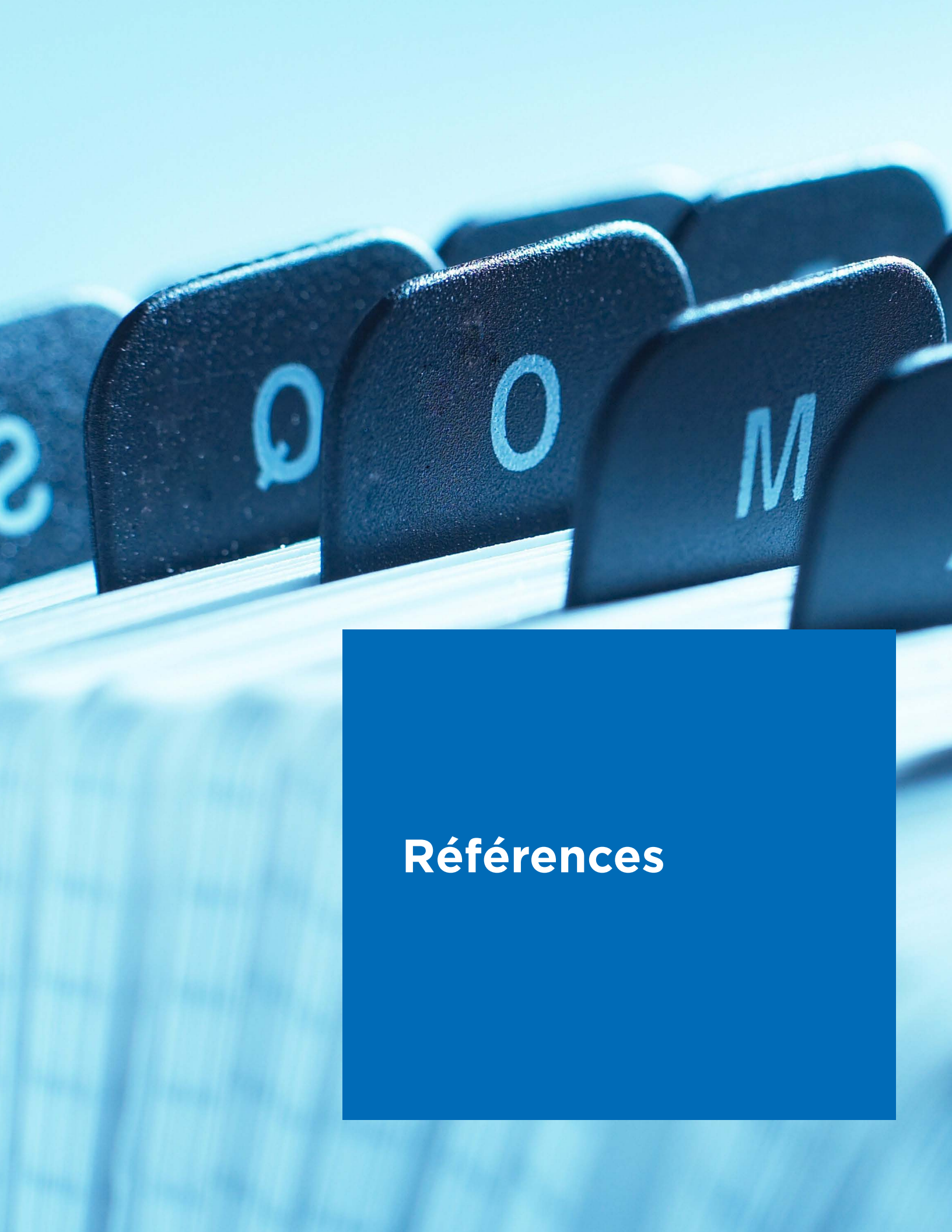
Le partage des connaissances, la formation continue, le Coaching et la formation croisée entre la santé mentale et la dépendance, l'un apprenant de l'autre (p. 37) garantissent l'implication et la légitimité de chacun des soignants. **Le partage d'une vision commune, la position de chacun, la rotation, l'observation, la rétroaction et la supervision clinique sont parmi les ingrédients essentiels pour soutenir et motiver les soignants de manière à offrir les meilleurs soins.**

« La collaboration peut également renforcer les aptitudes des gestionnaires et du personnel, soit de façon indirecte, par des possibilités d'observation et d'échange de renseignements (ex. : conférences, discussions de cas, soins partagés), soit de façon directe, par des activités de sensibilisation structurées, de la formation mutuelle et du mentorat »⁽⁶¹⁾.



Conclusion

Implanter de bonnes pratiques fondées sur la science et transformer une organisation de soins et de services est d'une grande complexité. Pour effectuer ces changements de mentalité, de culture et/ou de pratique de manière durable, mieux vaut mettre en œuvre diverses stratégies de soutien à la transformation. Ces dernières peuvent inclure le développement des compétences, la collaboration interorganisationnelle et multidisciplinaire, l'accompagnement par des intervenants externes à l'organisation, la mise en œuvre d'un plan d'action concret avec indicateurs de performance et le soutien clinique sous forme de communauté de pratique ^{(105) (120)}. Avec sa communauté de pratique en TC, son programme ECHO® CHUM TC et son service de soutien-conseil aux établissements, le CECTC soutient les professionnels et les équipes qui visent une meilleure intégration des soins en santé mentale et en toxicomanie. Le CECTC espère que cette synthèse inspirera les leaders cliniciens à reproduire certaines initiatives à l'échelle locale dans les établissements du réseau pour cheminer avec succès dans une transformation pérenne.



Références

- (1).** Santé Canada. (2002) Meilleures pratiques — Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie. Gouvernement du Canada, Ottawa (Ontario), Canada, https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/migration/hc-sc/hc-ps/alt_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/adp-apd/bp_disorder-mp_concomitants/bp_concurrent_mental_health-fra.pdf.
- (2).** Khan, S. (2017) Troubles concomitants de santé mentale et de consommation d'alcool ou de drogues au Canada. in *Rapports sur la santé*, Statistique Canada, no 82-003-X au catalogue <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/82-003-x/2017008/article/54853-fra.pdf?st=9SqMgB-H>
- (3).** Canadian Centre on Substance Abuse. (2009) Toxicomanie au Canada : Troubles concomitants, Ottawa (Ontario), Canada, <https://ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/ccsa-011812-2010.pdf>.
- (4).** Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015) Plan d'action en santé mentale 2015-2020. Québec (Québec), Canada, <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-914-17W.pdf>.
- (5).** Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2017) Key substance use and mental health indicators in the United States : Results from the 2016 National Survey on Drug Use and Health. Accessed on January 19, 2021, <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUH-FFR1-2016/NSDUH-FFR1-2016.htm#mi1>.
- (6).** National Institute for Health and Care Excellence. (2016) Coexisting severe mental illness and substance misuse : community health and social care services. London, United Kingdom, <https://www.nice.org.uk/guidance/ng58/resources/coexisting-severe-mental-illness-and-substance-misuse-community-health-and-social-care-services-pdf-1837520014021>.
- (7).** American Psychiatry Association. (2015) Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux, 5e édition, American Psychiatric Association, Arlington (VA), USA.
- (8).** Crockford, D., and Addington, D. (2017) Canadian Schizophrenia Guidelines : Schizophrenia and Other Psychotic Disorders with Coexisting Substance Use Disorders. *Can J Psychiatry* 62, 624-634, <https://doi.org/10.1177/0706743717720196>.
- (9).** Starzer, M. S. K., Nordentoft, M., and Hjorthøj, C. (2017) Rates and Predictors of Conversion to Schizophrenia or Bipolar Disorder Following Substance-Induced Psychosis. *Am J Psychiatry* 175, 343-350, <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17020223>.
- (10).** Singer, M., Bulled, N., Ostrach, B., and Mendenhall, E. (2017) Syndemics and the biosocial conception of health. *Lancet* 389, 941-950, [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(17\)30003-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(17)30003-x).
- (11).** Fornili, K. (2018) The Opioid Crisis, Suicides, and Related Conditions : Multiple Clustered Syndemics, not Singular Epidemics. *J Addict Nurs* 29, 214-220, <https://doi.org/10.1097/jan.0000000000000240>.
- (12).** McKay, J. R. (2009) *Treating Substance Use Disorders With Adaptive Continuing Care*, American Psychological Association, Washington, DC, USA, <http://dx.doi.org/10.1037/11888-000>.
- (13).** Cadoret, R. J., Yates, W. R., Troughton, E., Woodworth, G., and Stewart, M. A. (1995) Adoption Study Demonstrating Two Genetic Pathways to Drug Abuse. *Arch Gen Psychiatry* 52, 42-52, <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1995.03950130042005>.
- (14).** Cochran, S. D., and Mays, V. M. (2009) Burden of psychiatric morbidity among lesbian, gay, and bisexual individuals in the California Quality of Life Survey. *J Abnorm Psychol* 118, 647-658, <https://doi.org/10.1037/a0016501>.
- (15).** Jacobs, K. J. (2000) Mental health issues in an urban aboriginal population : focus on substance abuse. MSc, McGill University, Montreal (Quebec), Canada, https://www.collectionscanada.gc.ca/obj/s4/f2/dsk1/tape4/PQDD_0029/MQ64375.pdf.

- (16). National Center for Biotechnology Information. (2021) Medical Subject Headings Database. in Medical Subject Headings Database, U.S. National Library of Medicine, Bethesda (MD), USA, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=Precipitating+Factor>.
- (17). Duccio, P., Fabrizio, S., and Laura, O. (2018) Chapter 9 - Synthetic Cannabinoids and Synthetic Cannabinoid-Induced Psychotic Disorders. in *The Complex Connection Between Cannabis and Schizophrenia* (Compton, M. T., and Manseau, M. W. eds.), Academic Press, San Diego (CA), USA, pp 199-220, <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780128047910000094>.
- (18). Canadian Centre on Substance Abuse. (2013) Manuel d'approche systémique : intégrer les systèmes de toxicomanie et de santé mentale, Ottawa (Ontario), Canada, <https://www.ccsa.ca/fr/manuel-dapproche-systemique-integrer-les-systemes-de-toxicomanie-et-de-sante-mentale>.
- (19). Canadian Centre on Substance Abuse. (2013) When Mental Health and Substance Abuse Problems Collide, Ottawa (Ontario), Canada, <https://ccsa.ca/sites/default/files/2019-05/CCSA-Mental-Health-and-Substance-Abuse-2013-en.pdf>.
- (20). Fleury, M. J., Grenier, G., Bamvita, J. M., and Caron, J. (2015) Profiles Associated Respectively with Substance Dependence Only, Mental Disorders Only and Co-occurring Disorders. *Psychiatr Q* 86, 355-371, <https://doi.org/10.1007/s1126-014-9335-1>.
- (21). Livingstone, J. D. (2020) La stigmatisation structurelle des personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances dans les établissements de soins de santé : Analyse documentaire, Commission de la santé mentale du Canada, Ottawa (Ontario), Canada, https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2020-07/structural_stigma_in_healthcare_fr.pdf.
- (22). Sunderland, A., and Findlay, L. C. (2013) Besoins perçus de soins de santé mentale au Canada : résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale (2012). Statistique Canada, Ottawa (Ontario), Canada, <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2013009/article/11863-fra.htm>.
- (23). Bartels, S. J., and DiMilia, P. (2017) Why serious mental illness should be designated a health disparity and the paradox of ethnicity. *Lancet Psychiatry* 4, 351-352, [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(17\)30111-6](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(17)30111-6).
- (24). Druss, B. G., Zhao, L., Von Esenwein, S., Morrato, E. H., and Marcus, S. C. (2011) Understanding excess mortality in persons with mental illness : 17-year follow up of a nationally representative US survey. *Med Care* 49, 599-604, <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31820bf86e>.
- (25). Comité consultatif de la stratégie sur la santé mentale et le traitement des dépendances. (2012) S'unir pour mieux intervenir. Rapport et recommandations. Gouvernement de la Nouvelle-Écosse, Halifax (Nouvelle-Écosse), Canada, <https://novascotia.ca/news/release/?id=20120423007>.
- (26). Centre de toxicomanie et de santé mentale, and Stratégie canadienne antidrogue. (2002) Meilleures pratiques : troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie, Santé Canada, Ottawa (Ontario), Canada, <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/preoccupations-liees-sante/rapports-publications/alcool-prevention-drogues/meilleures-pratiques-troubles-concomitants-sante-mentale-alcoolisme-toxicomanie.html>.
- (27). Lécallier, D., and Michaud, P. (2004) L'entretien motivationnel : une évolution radicale de la relation thérapeutique. *Alcoologie et Addictologie* 26, 129-134, <https://doczz.fr/doc/785676/l-entretien-motivationnel--une-%C3%A9volution-radicale-de-la-r>.
- (28). Rollnick, S., and Muller, W. R. (1995) What is Motivational Interviewing? *Behav Cogn Psychother* 23, 325-334, <https://doi.org/10.1017/S135246580001643X>.

- (29). Miller, W. R., and Rollnick, S. (2019) *Entretien motivationnel : Aider la personne à engager le changement*, 3e ed., Interéditions, Malakoff, France, <https://www.dunod.com/sites/default/files/atoms/files/9782729619251/Feuilletage.pdf>.
- (30). Hetta, J., Steele, J., and Miller, W. R. (2004) *Motivational Interviewing*. *Annu Rev Clin Psychol* 1, 91-111, <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143833>.
- (31). Noorani, H., and Severn, M. (2010) *Cognitive Behavioural Therapy for Patients with Addictions : A Review of the Clinical and Cost-Effectiveness*. in *Health Technology Inquiry*, Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, Ottawa (Ontario), Canada, <https://www.cadth.ca/cognitive-behavioural-therapy-for-patients-with-addictions>.
- (32). Chauvet, M., Kamgang, E., Ngamini Ngui, A., and Fleury, M.-J. (2015) *Les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives. Prévalence, utilisation des services et bonnes pratiques*. Centre de réadaptation en dépendance de Montréal - Institut universitaire (CRDM-IU), Montréal (Québec), Canada, <http://www.santecom.qc.ca/bibliothequevirtuelle/CDC/9782981090362.pdf>.
- (33). McHugh, R. K., Hearon, B. A., and Otto, M. W. (2010) *Cognitive Behavioral Therapy for Substance Use Disorders*. *Psychiatr Clin North Am* 33, 511-525, <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.012>.
- (34). Ngô, T.-L. (2013) *Acceptance and mindfulness-based cognitive-behavioral therapies*. *Sante Ment Que* 38, 35-63, <https://doi.org/10.7202/1023989ar>.
- (35). Linehan, M. M., Schmidt, H., 3rd, Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J., and Comtois, K. A. (1999) *Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence*. *Am J Addict* 8, 279-292, <https://doi.org/10.1080/105504999305686>.
- (36). Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, K. A., Welch, S. S., Heagerty, P., and Kivlahan, D. R. (2002) *Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder*. *Drug Alcohol Depend* 67, 13-26, [https://doi.org/10.1016/s0376-8716\(02\)00011-x](https://doi.org/10.1016/s0376-8716(02)00011-x).
- (37). Young, J. E., Klosko, J. S., and Weishaar, M. E. (2003) *Schema Therapy : A Practitioner's Guide*, Guilford Press, New York (NY), USA <https://books.google.ca/books?id=vScjGGgJEZgC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>.
- (38). Norman, S. B., Wilkins, K. C., Tapert, S. F., Lang, A. J., and Najavits, L. M. (2010) *A pilot study of seeking safety therapy with OEF/OIF veterans*. *J Psychoactive Drugs* 42, 83-87, <https://doi.org/10.1080/02791072.2010.10399788>.
- (39). Najavits, L. M. (2002) *Seeking safety A treatment Manual for PTSD and Substance Abuse (The Guilford Substance Abuse Series)*, Guilford Press, New York (NY), USA.
- (40). Zlotnick, C., Najavits, L. M., Rohsenow, D. J., and Johnson, D. M. (2003) *A cognitive-behavioral treatment for incarcerated women with substance abuse disorder and posttraumatic stress disorder: findings from a pilot study*. *J Subst Abuse Treat* 25, 99-105, [https://doi.org/10.1016/s0740-5472\(03\)00106-5](https://doi.org/10.1016/s0740-5472(03)00106-5).
- (41). Hien, D. A., Levin, F. R., Ruglass, L. M., López-Castro, T., Papini, S., Hu, M. C., Cohen, L. R., and Herron, A. (2015) *Combining seeking safety with sertraline for PTSD and alcohol use disorders : A randomized controlled trial*. *J Consult Clin Psychol* 83, 359-369, <https://doi.org/10.1037/a0038719>.
- (42). Karila, L., Reynaud, M., and Coscas, S. (2007) *Le "management des contingences" : une thérapie comportementale pour les usagers de méthamphétamine*. in *SWAPS* https://www.pistes.fr/swaps/48_118.htm.

- (43). Bellack, A. S., Bennett, M. E., Gearon, J. S., Brown, C. H., and Yang, Y. (2006) A randomized clinical trial of a new behavioral treatment for drug abuse in people with severe and persistent mental illness. *Arch Gen Psychiatry* 63, 426-432, <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.4.426>.
- (44). Lecomte, T., Corbière, M., and Leclerc, C. (2014) Les interventions basées sur les résultats probants en réadaptation psychiatrique : Auxquelles accorder la priorité et pourquoi? *Can J Psychiatry* 59, 196-202, <https://doi.org/10.1177/070674371405900404>.
- (45). Meyers, R. J., Smith, J. E., and Lash, D. N. (2002) The Community Reinforcement Approach. in *Recent Developments in Alcoholism: Research on Alcoholism Treatment* (Galanter, M., Begleiter, H., Deitrich, R., Gallant, D., Gottheil, E., Paredes, A., Rothschild, M., Van Theil, D., Lagressa, D., Allen, J. P., Fuller, R., Litten, R., Eckardt, M., McAul, M., and Monti, P. eds.), Springer US, Boston (MA), USA, pp 183-195, https://doi.org/10.1007/0-306-47939-7_14.
- (46). Pitschel-Walz, G., Leucht, S., Bäuml, J., Kissling, W., and Engel, R. R. (2001) The Effect of Family Interventions on Relapse and Rehospitalization in Schizophrenia—A Meta-analysis. *Schizophr Bull* 27, 73-92, <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006861>.
- (47). Pilling, S., Bebbington, P., Kuipers, E., Garety, P., Geddes, J., Orbach, G., and Morgan, C. (2002) Psychological treatments in schizophrenia : I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychol Med* 32, 763-782, <https://doi.org/10.1017/s0033291702005895>.
- (48). Mueser, K. T., and Fox, L. (2002) A Family Intervention Program for Dual Disorders. *Community Ment Health J* 38, 253-270, <https://doi.org/10.1023/A:1015271908765>.
- (49). McCrady, B. S. (2012) Treating alcohol problems with couple therapy. *J Clin Psychol* 68, 514-525, <https://doi.org/10.1002/jclp.21854>.
- (50). McCrady, B. S., Epstein, E. E., Cook, S., Jensen, N., and Hildebrandt, T. (2009) A randomized trial of individual and couple behavioral alcohol treatment for women. *J Consult Clin Psychol* 77, 243-256, <https://doi.org/10.1037/a0014686>.
- (51). O'Farrell, T. J., Schumm, J. A., Murphy, M. M., and Muchowski, P. M. (2017) A randomized clinical trial of behavioral couples therapy versus individually-based treatment for drug-abusing women. *J Consult Clin Psychol* 85, 309-322, <https://doi.org/10.1037/ccp0000185>.
- (52). American Addiction Centers. (2021) 12 Step Programs for Drug Rehab and Alcohol Treatment. Accessed on January 18, 2021, <https://americanaddictioncenters.org/rehab-guide/12-step>.
- (53). ACTEnow Addictions Conseil Thérapie Éducation. (2016) Le modèle Minnesota. <http://actenow.fr/2016/02/10/le-modele-minnesota/>.
- (54). Desrosiers, P., and Ménard, J.-M. (2010) Les Services de réadaptation en toxicomanie auprès des adultes dans les centres de réadaptation en dépendance. Guide de pratique et offre de services de base., Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec, Québec (Québec), Canada, <http://www.santecom.qc.ca/bibliothequevirtuelle/hyperion/9782921628129.pdf>.
- (55). Freud, S. (1912) The dynamics of the transference in *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, Hogarth Press, London, United Kingdom, pp 99-108.
- (56). Freud, S. (1913) On beginning the treatment (further recommendations on the technique of psycho-analysis). in *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, Hogarth Press, London, United Kingdom, pp 121-144.
- (57). Sahin, Z., Barber, J. P., and Luborsky, L. (2017) Supportive-Expressive Dynamic Psychotherapy. in *Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology*, Elsevier, pp 8, <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780128093245054262>.

- (58). Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances (ICRAS). (2017) Lignes Directrices Nationales sur la Prise en Charge Clinique du Trouble Lié à l'Usage d'Opioïdes. Toronto (Ontario), Canada, https://crism.ca/wp-content/uploads/2018/03/CRISM_NationalGuideline_OUD-FRENCH.pdf.
- (59). Gouvernement du Canada. (2020) Naloxone. Accessed on 23 Décembre 2020, <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/consommation-problematique-medicaments-ordonnance/opioides/naloxone.html>.
- (60). Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances (ICRAS). (2019) Le traitement par agonistes opioïdes injectables du trouble lié à l'usage d'opioïdes. Lignes directrices cliniques nationales. Toronto (Ontario), Canada, <https://crism.ca/projects/ioat-guideline/>.
- (61). Canadian Centre on Substance Abuse. (2015) Collaboration pour les soins en toxicomanie et en santé mentale : Meilleurs conseils. Ottawa (Ontario), Canada, https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/Collaboration%252520for%252520Addiction%252520and%252520Mental%252520Health%252520Care-technical-report-fr_0.pdf.
- (62). Forget, J. (1999) Toxicomanie et réduction des méfaits, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, Québec (Québec), Canada, https://www.cqld.ca/app/uploads/2016/12/toxicomanie-reduction-mefaits_oct-1999.pdf.
- (63). Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2016) Modèles de dispensation des soins et services aux personnes présentant des troubles concomitants de santé mentale et de dépendance. ETMIS 12, 1-83, https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Avis_Dispensation_soins_services_troubles_concomitants.pdf.
- (64). Public Health England. (2017) Better care for people with co-occurring mental health and alcohol/drug use conditions : a guide for commissioners and service providers, PHE publications, London, United Kingdom, https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/625809/Co-occurring_mental_health_and_alcohol_drug_use_conditions.pdf.
- (65). Anthony, W. A. (1993) Recovery from mental illness : the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. Psychosoc Rehabil J 16, 11-23, <https://doi.org/10.1037/h0095655>.
- (66). Provencher, H. (2008) Le modèle préliminaire d'organisation des services orientés vers le rétablissement (MOPROSOR) : Introduction et présentation détaillée du cadre d'orientation. Le Partenaire 16, 4-27, <http://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2013/05/partenaire-v16-n1.pdf#page=4&zoom=100>.
- (67). Landry Balas, L. (2008) L'Approche systémique en santé mentale, Les Presses de l'Université de Montréal, Montréal (Québec), Canada, <https://www.pum.umontreal.ca/catalogue/approche-systemique-en-sante-mentale-l>.
- (68). Rapp, C. A., Saleebey, D., and Sullivan, W. P. (2005) The Future of Strengths-Based Social Work. Adv Soc Work 6, 79-90, <https://doi.org/10.18060/81>.
- (69). Deady, M., Teesson, M., Mills, K., Kay-Lambkin, F., Baker, A., Baillie, A., Shand, F., Manns, L., Christensen, H., and Haber, P. (2013) One person, diverse needs : living with mental health and alcohol and drug difficulties. National Health and Medical Research Council Centre for Research Excellence in Mental Health and Substance Use, Sydney (NSW), Australia, <https://www.mentalhealthcommission.gov.au/getmedia/8bff246f-4ffd-4eda-9716-db8c19d8d01b/One-person-diverse-needs-Living-with-a-mental-illness-as-well-as-the-challenges-from-difficulties-with-alcohol-and-drugs-use>.

- (70).** Center for Substance Abuse Treatment. (2005) Substance Abuse Treatment for Persons With Co-Occurring Disorders. Treatment Improvement Protocols (TIP) Series 42, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US), Rockville (MD), USA, <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED491572.pdf>.
- (71).** Beaumont, C., Charbonneau, R., Delisle, J., Landry, A., Ménard, J.-M., Paquette, D., and Ross, D. F. (2005) Toxicomanie, jeu pathologique et troubles mentaux : pour une intervention efficace des centres de réadaptation et de leurs partenaires, Fédération Québécoise des Centres de Réadaptation pour Personnes Alcooliques et autres Toxicomanies, Montréal, https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/2008910&docref=6n_Q145GcpqFM2S9vomtvA.
- (72).** Rush, B. (2010) Tiered frameworks for planning substance use service delivery systems : Origins and key principles *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 27, 617-636, <https://doi.org/10.1177/145507251002700607>.
- (73).** Wagner, E. H. (1998) Chronic disease management : what will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract* 1, 2-4, <https://access.portico.org/stable?au=phwvtrq3nv>.
- (74).** . Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2012) Des indicateurs de qualité à l'intention des professionnels et des gestionnaires des services de première ligne. *ETMIS* 8, 1-68, https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/MaladiesChroniques/ETMIS2012_Vol8_No12.pdf.
- (75).** McLellan, A. T., McKay, J. R., Forman, R., Cacciola, J., and Kemp, J. (2005) Reconsidering the evaluation of addiction treatment : from retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring. *Addiction* 100, 447-458, <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01012.x>.
- (76).** Drake, R. E., and Mueser, K. T. (2000) Psychosocial approaches to dual diagnosis. *Schizophr Bull* 26, 105-118, <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033429>.
- (77).** Mueser, K. T., Noordsy, D. L., Drake, R. E., and Fox Smith, L. (2003) *Integrated Treatment for Dual Disorders : A Guide to Effective Practice*, Guilford Press, New York (NY), USA.
- (78).** Minkoff, K., and Cline, C. A. (2009) *Comprehensive, Continuous, Integrated System of Care (CCISC) Model*. Accessed on December 23, 2020, <http://kenminkoff.com/ccisc.html>.
- (79).** Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais. (2020) Soutien d'intensité variable dans la communauté. Accessed on December 21, 2020, <https://ciyss-outaouais.gouv.qc.ca/obtenir-un-service/obtenir-de-laide-pour-un-probleme-de-dependance-ou-de-sante-mentale/sante-mentale/soutien-psychosocial-dans-la-communaute/>.
- (80).** Renaud-Gagnon, L., Demers, P., and Gilbert, M. (2017) *Guide d'accompagnement pour le déploiement d'une offre de service de 1re ligne en santé mentale adulte (SMA)*. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et Centre National d'Excellence en Santé Mentale, http://www.douglas.qc.ca/uploads/File/Guide_accompagnement_Premiere_ligne.pdf.
- (81).** Stein, L. I., and Santos, A. B. (1998) *Assertive community treatment of persons with severe mental illness*, W. W. Norton & Company, New York (NY), USA.
- (82).** Caron, C., Arbour, M., Bélanger, S., Brassard, A.-L., Duhamel, M., Grenier, D., Fex, M., and Murray, W. (2019) *Cadre de référence : Programmes d'interventions pour premiers épisodes psychotiques (PIPEP)*. Québec (Québec), Canada, <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-914-12W.pdf>.
- (83).** Kates, N., Craven, M., Bishop, J., Clinton, T., Kraftcheck, D., LeClair, K., Leverette, J., Nash, L., and Turner, T. (1997) Shared Mental Health Care in Canada. *Can J Psychiatry* 42, i-xii, <https://doi.org/10.1177/070674379704200819>.
- (84).** Bower, P., and Gilbody, S. (2005) Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency. Narrative literature review. *Br J Psychiatry* 186, 11-17, <https://doi.org/10.1192/bjp.186.1.11>.

- (85). Mee-Lee, D., Shulman, G. D., Fishman, M. J., Gastfriend, D. R., and Griffith, J. H. (2001) *ASAM Patient Placement Criteria for the Treatment of Substance-Related Disorders, Second Edition-Revised (ASAM PPC-2R)*, American Society of Addiction Medicine, Inc., Chevy Chase (MD), USA.
- (86). Bond, G. R., and McGovern, M. P. (2013) *Measuring Organizational Capacity for Integrated Treatment*. *J Dual Diagn* 9, 165-170, <https://doi.org/10.1080/15504263.2013.779051>.
- (87). McGovern, M. P., Matzkin, A. L., and Giard, J. (2007) *Assessing the Dual Diagnosis Capability of Addiction Treatment Services : The Dual Diagnosis Capability in Addiction Treatment (DDCAT) Index*. *J Dual Diagn* 3, 111-123, https://doi.org/10.1300/J374v03n02_13.
- (88). Gotham, H. J., Brown, J. L., Comaty, J. E., and McGovern, M. P. (2007) *The Dual Diagnosis Capability in Mental Health Treatment scale (version 2.4)*.
- (89). McGovern, M. P., Urada, D., Lambert-Harris, C., Sullivan, S. T., and Mazade, N. A. (2012) *Development and initial feasibility of an organizational measure of behavioral health integration in medical care settings*. *J Subst Abuse Treat* 43, 402-409, <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2012.08.013>.
- (90). Mee-Lee, D., Shulman, G. D., Fishman, M. J., Gastfriend, D. R., and Miller, M. M. (2013) *The ASAM Criteria : Treatment Criteria for Addictive, Substance-Related, and Co-Occuring Donctions*, 3rd ed., The Change Companies, Carson City (NV), USA,
- (91). Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2005) *Plan d'action en santé mentale 2005-2010*. Québec (Québec), Canada, <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2005/05-914-01.pdf>.
- (92). Fleury, M.-J., and Delorme, A. (2014) *Présentation - Les réformes du système de santé mentale : finalité ou processus?* *Sante Ment Que* 39, 11-23, <https://doi.org/10.7202/1025904ar>.
- (93). Latulippe, L. (2011) *Orientations relatives à l'organisation des soins et des services offerts à la clientèle adultes par les équipes en santé mentale de première ligne en CSSS: la force des liens*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec (Québec), Canada, <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-914-01F.pdf>.
- (94). Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018) *Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028 - Prévenir, réduire et traiter les conséquences associées à la consommation de substances psychoactives, à la pratique de jeux de hasard et d'argent et à l'utilisation d'Internet*. Québec (Québec), Canada, <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-804-02W.pdf>.
- (95). Centre de réadaptation en dépendance Le Virage, and Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher. (2012) *Guide d'accompagnement d'un partenariat CRD-CSSS - Implantation d'une offre de services intégrés en dépendance et santé mentale*. Longueuil (Québec), Canada, <https://fr.readkong.com/tmp/readkong--guide-d-accompagnement-d-un-partenariat-crd-csss-9424271.pdf>.
- (96). Perreault, M., Wiethaeper, D., Perreault, N., Bonin, J.-P., Brown, T. G., and Brunaud, H. (2008) *Meilleures pratiques et formation dans le contexte du continuum des services en santé mentale et en toxicomanie: le programme de formation croisée du sud-ouest de Montréal*. *Sante Ment Que XXXIV*, 143-160, <https://doi.org/10.7202/029763ar>.
- (97). Bertrand, K., Ménard, J.-M., Picher, F., Fines, L., and Richer, I. (2008) *Toxicomanie et troubles mentaux sévères: projet de formation croisée par rotation positionnelle. Vers une amélioration du dépistage, de l'évaluation et du traitement intégré des troubles concomitants*, Québec (Québec), Canada, <https://docplayer.fr/15297545-Toxicomanie-et-troubles-mentaux-severes-projet-de-formation-croisee-par-rotation-positionnelle.html>.

- (98). Otero, M., and Kristoffersen-Dugré, G. (2012) Les usages des autorisations judiciaires de traitement psychiatrique à Montréal : entre thérapeutique, contrôle et gestion de la vulnérabilité sociale. Université du Québec à Montréal et Action Autonomie, Montreal (Québec), Canada, https://www.actionautonomie.qc.ca/wordpress/documents/publics/rapport_otero_dugre_ordon_soins_fev_2012.pdf.
- (99). Lamarre, B., Lepage, A., Melanson, N., and St-Jean, D. (2014) L'autorisation judiciaire de soins : le trou noir de la psychiatrie. Étude et analyse de 150 jugements, réflexion sur la pratique et recommandations de l'AGIDD-SMQ, Association des Groupes d'Intervention en Défense des Droits en Santé Mentale du Québec, http://www.agidd.org/wp-content/uploads/2014/06/AJS_trou_noir_psychiatrie_web.pdf.
- (100). Kennedy, H. G., O'Neill, C., Flynn, G., and Gill, P. (2013) The Dunderum Toolkit. Dangerousness, Understanding, Recovery and Urgency Manual (The Dunderum Quartet). Four Structured Professional Judgement Instruments for Admission Triage, Urgency, Treatment Completion and Recovery Assessments. Trinity College Dublin, Dublin, Ireland, http://www.tara.tcd.ie/bitstream/handle/2262/67375/THE_DUNDRUM_TOOLKIT_V1%20%2026%20final%20copy.pdf;jsessionid=C08FDB297FDEE084293559F6C56E163B?sequence=1.
- (101). Santé Canada. (2002) Meilleures pratiques — Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie, Ottawa (Ontario), Canada, <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/preoccupations-liees-sante/rapports-publications/alcool-prevention-drogues/meilleures-pratiques-troubles-concomitants-sante-mentale-alcoolisme-toxicomanie.html>.
- (102). Rush, B., Fogg, B., and Nadeau, L. (2008) On the Integration of Mental Health and Substance Use Services and Systems : Main Report. Conseil exécutif canadien sur les toxicomanies, Ottawa (Ontario), Canada, <https://ceca-cect.ca/pdf/Main-messagesFINAL-Dec18-08.pdf>.
- (103). Dausey, D. J., Pincus, H. A., Herrell, J. M., and Rickards, L. (2007) State Mental Health Policy : States' Early Experience in Improving Systems-Level Care for Persons With Co-occurring Disorders. *Psychiatr Serv* 58, 903-905, <https://doi.org/10.1176/ps.2007.58.7.903>.
- (104). Pincus, H. A., Burnam, M. A., Magnabosco, J., Dembosky, J. W., and Greenberg, M. (2006) State Efforts to Improve Practice and Policy for Individuals with Co-Occurring Mental and Addictive Disorders. (RAND Health ed.), https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/working_papers/2006/RAND_WR344.pdf.
- (105). Biegel, D. E., Kola, L. A., and Ronis, R. R. (2007) Supporting the Implementation of Evidence-Based Practices for Adults with Co-Occurring Mental and Substance Use Disorders. *Int J Behav Consult Ther* 3, 12, <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ801183.pdf>.
- (106). Drake, R. E., and Bond, G. R. (2010) Implementing Integrated Mental Health and Substance Abuse Services. *J Dual Diagn* 6, 251-262, <https://doi.org/10.1080/15504263.2010.540772>.
- (107). Morden, N. E., Mistler, L. A., Weeks, W. B., and Bartels, S. J. (2009) Health care for patients with serious mental illness : family medicine's role. *J Am Board Fam Med* 22, 187-195, <https://doi.org/10.3122/jabfm.2009.02.080059>.
- (108). Macinko, J., Starfield, B., and Shi, L. (2003) The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res* 38, 831-865, <https://doi.org/10.1111/1475-6773.00149>.
- (109). Anderson, R. L. (2003) Use of community-based services by rural adolescents with mental health and substance use disorders. *Psychiatr Serv* 54, 1339-1341, <https://doi.org/10.1176/appi.ps.54.10.1339>.

- (110).** New South Wales Ministry of Health. (2015) Effective models of care for comorbid mental illness and illicit substance use. Mental Health and Drug and Alcohol Office, Sydney (NSW), Australia, <https://www.health.nsw.gov.au/mentalhealth/resources/Pages/comorbid-mental-care-review.aspx>.
- (111).** New South Wales Department of Health. (2008) Comorbidity framework for action. NSW Health Mental Health/ Drug and Alcohol. Sydney (NSW), Australia, <https://www.health.nsw.gov.au/aod/resources/Publications/comorbidity-frame.pdf>.
- (112).** Queensland Government. (2008) Queensland Health Policy. Service delivery for people with dual diagnosis (co-occurring mental health and alcohol and other drug problems). Brisbane (QLD), Australia, https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0023/444632/ddpolicy_final.pdf.
- (113).** Victorian Government Department of Human Services. (2007) Dual diagnosis. Key directions and priorities for service development. Melbourne (VIC), Australia, <http://www.roared.com.au/wp-content/uploads/2017/08/Key-directions-dual-diagnosis-2005.pdf>.
- (114).** Sir David Martin Foundation. (2019) Triple Care Farm. Accessed on January 18, 2021, <https://www.martinfoundation.org.au/helping-youth/triple-care-farm/>.
- (115).** Brousselle, A., Lamothe, L., Sylvain, C., Foro, A., and Perreault, M. (2010) Integrating services for patients with mental and substance use disorders : What matters? *Health Care Manage Rev* 35, 212-223, <https://doi.org/10.1097/HMR.0b013e3181d5b11c>.
- (116).** Fleury, M.-J., and Grenier, G. (2012) État de situation sur la santé mentale au québec et réponse du système de santé et de services sociaux. Commissaire à la santé et au bien-être du Québec, Gouvernement du Québec, Québec (Québec), Canada, https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_EtatSituation_SanteMentale_2012.pdf.
- (117).** Amsalem, D., Hasson-Ohayon, I., Gothelf, D., and Roe, D. (2018) Subtle ways of stigmatization among professionals : The subjective experience of consumers and their family members. *Psychiatr Rehabil J* 41, 163-168, <https://doi.org/10.1037/prj0000310>.
- (118).** Fédération Addiction. (2019) Addictions et troubles psychiatriques, Paris, France, <https://fr.calameo.com/read/0055448589de9b5897807?page=1>.
- (119).** Đào, G. J., Brunelle, C., and Speed, D. (2019) Impact of Substance Use and Mental Health Comorbidity on Health Care Access in Canada. *J Dual Diagn* 15, 260-269, <https://doi.org/10.1080/15504263.2019.1634856>.
- (120).** Lane, J., Lortie, P. B., Gohier, C., Massuard, M., Marengo, S., Bazinet, J., Hébert, N., Leblanc, J., Giguère, C., Gaudreau, S., Morin, M., and Royer, A.-M. (2015) Guide pour accompagner l'implantation de bonnes pratiques, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, Sherbrooke (Québec), Canada, https://www.iuplsss.ca/clients/SanteEstrie/Sous-sites/Centres_de_recherche/IUPLSSS/transfert_connaissances/outils-publications/Guides-outils/Guide_pour_accompagner_implantation_bonnes_pratiques_CIUSSSE.pdf