

d'un lieu d'hébergement qui tient compte des expériences antérieures de victimisation ou de vulnérabilités particulières et le rétablissement de liens de communication avec certains organismes ou intervenants sont tirés du manuel START (Webster et al. 2001) et pourraient figurer dans la mise en œuvre du congé d'hospitalisation. Cette démarche globale vise à opérer avec efficacité les premières étapes de la continuité du rétablissement, et à éviter ou à retarder une hospitalisation future.

Avant même de franchir l'étape de la transition, il serait pertinent de bien encadrer et définir les termes de la continuité et l'implication souhaitée de la part de personnes du réseau de la santé et du milieu communautaire. De manière générale, le concept de continuité renvoie souvent aux services qui s'inscriront après l'hospitalisation. Cependant, la continuité c'est autant la suite de ce qui était là avant l'implication de chaque programme, service ou intervenant, que ce qui s'inscrira après. En ce sens, la structure architecturale que constitue l'hôpital, par ses portes et ses murs, ne devrait pas constituer une entrave à l'implication des personnes susceptibles de contribuer au soutien du client, tant durant son hospitalisation qu'en communauté. Proches aidants, intervenants du réseau, du milieu communautaire et autres devraient pouvoir continuer d'agir, en ajustant les modalités d'action au besoin, car leur contribution quant aux facteurs de protection peut s'inscrire en continu, incluant durant l'hospitalisation. Il s'agit également d'une occasion de mieux connaître la personne dans sa globalité (tel que discuté dans la section sur les étapes préliminaires) et d'identifier les outils et les ressources qui serviront à structurer la mise en œuvre du congé d'hospitalisation. Les balises de cette continuité varieront d'une personne à l'autre, mais elles pourront s'ancrer d'abord dans le ou les objectifs cernés (durant une ou des séances d'entretien motivationnel par exemple) et se mesurer via la définition du succès qui convient à la situation, tout en impliquant une diversité d'entités intervenantes, idéalement mises en synergie via le travail d'une personne désignée (« intervenant-pivot »).

Une dernière étape qui pourrait être envisagée, cette fois-ci plus globale, serait de réaliser des états généraux régulièrement pour évaluer les actions posées et déterminer s'il y a place à l'amélioration. Sur une base quinquennale par exemple, des états généraux pourraient être effectués sur l'orchestration de l'organisation des services autour de la clientèle visée et les impacts des interventions et des collaborations dans la région. L'idée s'appuie sur la possibilité que ce ne soit pas seulement le réseau qui soit la source d'analyse des grands utilisateurs et des services aux usagers. Il y a lieu d'inclure l'évaluation des actions qui permettent la mise en commun des nouvelles connaissances et des formations avec comme objectif de favoriser le partage de connaissances et l'amélioration des soins et services apportés aux personnes vivant avec une problématique de troubles concomitants.

En espérant que cet avis permettra de soutenir vos équipes dans leur travail clinique, je vous prie d'accepter, [REDACTED], nos plus cordiales salutations.

Rédigé par :

Emy Cloutier, Criminologue

Coordonnatrice des services en dépendance adulte, du programme d'intervention Premier épisode psychotique (PIPEP), des services à l'établissement de détention de St-Jérôme et des services en troubles concomitants

Direction santé mentale, dépendance et services psychosociaux généraux adultes

Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides

Corédigé par :

François Olivier Hébert, Ph.D. - Biologie moléculaire

Rédacteur scientifique

Centre d'Expertise et de Collaboration en Troubles Concomitants (CECTC)

Avertissement

Il est possible que le contenu de cet avis nécessite des révisions dans un avenir plus ou moins rapproché, selon les données scientifiques qui seront éventuellement disponibles. Il faut aussi noter que cet avis contient des renseignements fournis à titre d'information et d'éducation et ne remplace aucunement le jugement professionnel et la responsabilité engagée d'un médecin ou d'un autre professionnel de la santé.

Références

Andrews, D. A., Bonta, J., & Hoge, R. D. (1990). Classification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology. *Criminal Justice and Behavior*, **17**:19-52.

Baker AL, Thornton LK, Hiles S, Hides L, Lubman DI. (2012). Psychological interventions for alcohol misuse among people with co-occurring depression or anxiety disorders: A systematic review. *J Affect Disord*, **139**(3), 217-29.

Canadian Centre on Substance Abuse (CCSA). (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>.

Gotham HJ, Claus RE, Selig K, Homer AL. (2010). Increasing program capability to provide treatment for co-occurring substance use and mental disorders: Organizational characteristics. *J Subst Abuse Treat*. **38**(2):160-9.

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2016) Modèles de dispensation des soins et services aux personnes présentant des troubles concomitants de santé mentale et de dépendance. Avis rédigé par Sébastien O'Neil et Micheline Lapalme. *ETMIS*; **12**(01): 1-83

Laker CJ. (2007). How reliable is the current evidence looking at the efficacy of harm reduction and motivational interviewing interventions in the treatment of patients with a dual diagnosis? *J Psychiatr Ment Health Nurs*. **14**(8):720-6. Epub 2007/11/28.

Miller WR, Rollnick S (2013). *L'Entretien motivationnel : aider la personne à engager le changement* 2e éd. Les Interéditions ed. ISBN: 9782729613914. 448 pages.

Minkoff K et Cline CA. (2004). Changing the world: The design and implementation of comprehensive continuous integrated systems of care for individuals with co-occurring disorders. *Psychiatr Clin North Am*. **27**(4):727-43.

Peele, S. (2016). People Control Their Addictions: No matter how much the "chronic" brain disease model of addiction indicates otherwise, we know that people can quit addictions—with special reference to harm reduction and mindfulness. *Addict Behav Rep*, **4**:97–101.

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>.

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>.

Prochaska JO, Di Clemente C. (1982). Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: theory, research and practice*, **19**(3):276-88

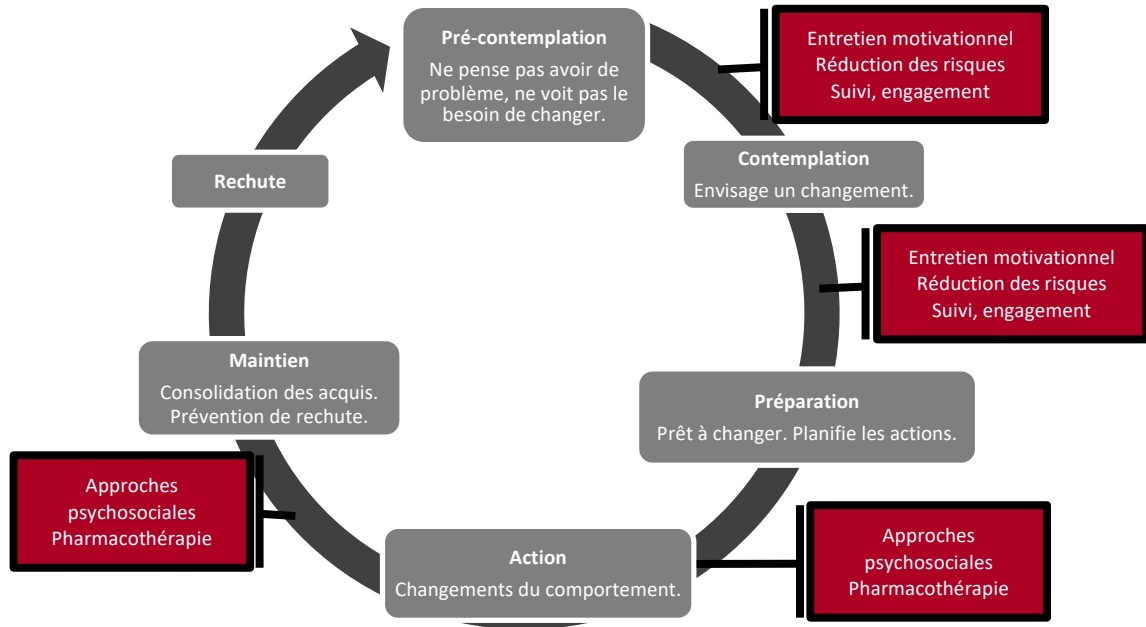
Rush B. (2010). Tiered frameworks for planning substance use service delivery systems: Origins and key principles. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, **27**(6):617 -36.

Wagner, V., Ferguson, Y., Hudon, K., Goyer, M.-È. & Flores-Aranda, J. (2021). Précarité et usage d'opioïdes : revue narrative sur l'approche à bas seuil d'exigence. *Drogues Santé Et Société* 19, 66.

Webster CD, Martin ML, Brink J, Nicholls TL, Middleton C. (2004). *The Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START)*. Coquitlam, BC: Forensic Psychiatric Services Commission.

Werb, D., Kamarulzaman, A., Meacham, M. C., Rafful, C., Fischer, B., Strathdee, S. A., et Wood, E. (2016). The effectiveness of compulsory drug treatment: A systematic review. *Int. J. Drug Policy*, **28**:1–9. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.12.005>

ANNEXE – Figures et informations supplémentaires



Prochaska et Di Clemente, 1982

Figure 1 Modèle transtheorique de changement. Bien qu'il s'agisse d'un modèle imparfait caractérisé par plusieurs limites, il peut contribuer à aiguiller le déploiement d'interventions de différents types. Il souligne de surcroît la possibilité d'intervenir peu importe le stade de changement. (Adapté de Prochaska et DiClemente, 1982, schéma fourni en référence dans une capsule du programme ECHO® CHUM TC en mai 2021 par le Dr. Didier Jutras-Aswad).