

## Exemple pour créer une politique en matière de troubles concomitants

### **Avertissement**

Le présent document est volontairement incomplet et illustre un exemple de politique en matière de troubles concomitants. Il intègre aussi les composantes possibles de procédures variées pour rendre opérationnelle la politique au sein des différents secteurs d'une organisation, sans toutefois en faire une réelle description. Celle-ci doit s'appuyer directement sur la réalité de chaque organisation et de chacun des secteurs concernés.

### **Préambule**

1. La majorité des personnes présentant des troubles mentaux qui sont traitées dans notre établissement consomment des substances psychoactives et sont souvent atteintes de troubles d'utilisation de substances. Réciproquement, un grand nombre de personnes en traitement pour un trouble d'utilisation de substance souffrent aussi de troubles importants de santé mentale ;
2. La présence simultanée de ces deux problématiques est associée à une adhésion plus faible au traitement, à une augmentation des comorbidités physiques, des risques de suicide, de violence et d'itinérance, à une moins bonne réponse aux interventions, à des hospitalisations plus longues et un accroissement de celles-ci, à une présence plus marquée de préjugés et de découragement chez les intervenants, etc. ;
3. Cette présence simultanée des deux troubles est souvent non détectée ou encore devient prétexte à une orientation parallèle ou séquentielle des personnes vers les services en santé mentale ou en dépendance, sans que des efforts de coordination et d'intégration des services, associés à de meilleurs résultats, ne soient déployés ;
4. Une approche plus intégrée du traitement est requise pour mieux répondre à la complexité des troubles concomitants et pallier les difficultés rencontrées par ces personnes en quête de soins et de soutien ;
5. Des orientations ministérielles et interministérielles ont été formulées au Québec pour promouvoir la mise en œuvre de modèles probants d'organisation de services adaptés à la concomitance des troubles mentaux et des troubles d'utilisation de substances, dans le but de les aborder de façon conjointe et intégrée ;
6. La présente politique d'intervention en matière de troubles concomitants en santé mentale et dépendance vise donc à assurer une offre de services optimale et intégrée qui répond de façon adéquate aux besoins des personnes présentant de tels troubles.

### **Nos objectifs généraux**

1. Établir des orientations claires et harmonisées en matière d'organisation de services et de modalités d'interventions auprès des personnes présentant des troubles concomitants en santé mentale et dépendance et leurs proches, afin de guider les gestionnaires et les intervenants dans le cadre de leur pratique auprès de ces usagers ;

2. Définir une vision commune de l'organisation des services pour les personnes présentant des troubles concomitants, basée sur des assises légales, théoriques et scientifiques.

### **Nos objectifs spécifiques**

1. Structurer et systématiser la planification et la réalisation des interventions cliniques en matière de troubles concomitants, en conformité aux pratiques reconnues, dans tout le continuum de soins ;
2. Assurer une meilleure intégration et continuité des services pour cette clientèle ;
3. Favoriser la participation active de ces usagers et de leurs proches au processus clinique, au développement et à l'évaluation des programmes et services qui leur sont offerts ;
4. Assurer la conformité des pratiques de chaque intervenant au processus clinique défini pour les personnes susceptibles de présenter ou présentant un trouble concomitant ;
5. Formaliser les mécanismes de collaboration entre les différents programmes, services et professionnels au sein de notre établissement et avec nos partenaires de la communauté pour mieux répondre aux besoins de cette clientèle et leurs proches ;
6. Assurer la collaboration interprofessionnelle et la coordination des services pour cette clientèle et leurs proches ;
7. Définir les modalités de soutien et d'encadrement de la pratique clinique auprès de cette clientèle ;
8. Rendre l'expérience de soins pour les personnes présentant des troubles concomitants plus satisfaisante.

### **Notre mission en matière de troubles concomitants**

Notre mission vise à soutenir le rétablissement et la qualité de vie des personnes au sein de notre population qui présentent des troubles mentaux, des troubles d'utilisation de substances ou des troubles concomitants, en facilitant leur accès à un réseau intégré de services efficaces et compétent au plan scientifique, clinique et culturel, dont la réponse est adaptée aux besoins et préférences des usagers et de leurs proches.

### **Nos principes directeurs**

En cohérence avec les orientations stratégiques de notre établissement, ses valeurs organisationnelles et son code d'éthique, les principes directeurs suivants guident nos actions auprès des personnes présentant des troubles concomitants :

1. Nos programmes, soins et services en santé mentale et dépendance s'adressent aux personnes et à leurs proches qui présentent des troubles mentaux, des troubles d'utilisation de substances et des troubles concomitants. Les deux catégories de troubles sont considérées comme étant primaires et prioritaires ;
2. L'ensemble du personnel clinique de nos différents programmes et services a la responsabilité de bien accueillir les personnes susceptibles de présenter des troubles concomitants. Les cliniciens de tous les secteurs doivent détecter simultanément chez ces personnes la présence de troubles mentaux et de troubles d'utilisation de

substances. Ils doivent aussi établir avec ces personnes la pertinence de leur offrir une intervention brève ou un accompagnement vers le bon service et le bon niveau de soins au sein de notre établissement et auprès de nos partenaires dans la communauté. Cette orientation doit se faire en tenant compte des deux troubles et du niveau de complexité créé par l'interaction de ceux-ci, et cela en fonction des besoins, des capacités et des volontés des usagers, ainsi que des capacités établies de chaque secteur et programme en matière de trouble concomitant. Cette orientation se fait en conformité aux trajectoires de services convenus et leurs modalités ;

3. Pour répondre de façon adaptée aux besoins de ces personnes qui présentent des troubles concomitants, nous nous inscrivons :
  - 3.1. Dans une perspective de partenariat de soins où une relation de coopération entre la personne, ses proches, les intervenants et les gestionnaires est favorisée. Le partenariat de soins implique le respect des choix de la personne, de son autonomie, de son autodétermination et de sa participation active à chacune des étapes du processus clinique. Ce partenariat implique aussi la contribution active des usagers au développement et à l'évaluation de nos pratiques cliniques et organisationnelles en matière de troubles concomitants. Les plans d'intervention et de services sont les outils privilégiés pour mettre en œuvre ce partenariat ;
  - 3.2. Dans une démarche de services intégrés qui s'appuie sur une collaboration interprofessionnelle et intersectorielle forte, faisant appel à différentes formes d'association entre le milieu de la santé mentale et celui de la dépendance, où la contribution de nos partenaires communautaires occupe une place importante pour soutenir l'intégration de ces personnes à leur communauté ;
  - 3.3. Dans une approche par étape et niveaux de soins, centrée sur la personne, son rétablissement à long terme, ses forces et ses choix. Cette approche considère les deux troubles et leurs interactions, allant de la réduction des méfaits à l'acquisition ou le maintien de l'abstinence, de la résorption partielle ou complète de la symptomatologie au niveau de la santé mentale et du retour d'un fonctionnement satisfaisant pour la personne ;
4. Nous nous assurons de fournir à ces personnes et leurs proches :
  - 4.1. Un accès fluide, flexible, équitable, à partir de points d'entrée multiples, peu importe la porte à laquelle ils frappent (services généraux, urgences hospitalières ou psychosociales, centres de crise, services spécialisés ou surspécialisés). Nous nous assurons ainsi d'accompagner la personne et ses proches vers le bon service et le bon niveau de soins, dès leur inscription dans nos services et tout au long de leur cheminement, plus particulièrement lors des transitions entre les secteurs, programmes et services ou vers les services communautaires ;
  - 4.2. Un accueil adapté au plan culturel, sensible à la stigmatisation et aux traumatismes souvent vécus par ces personnes, qui cible leur engagement et leur rétention en traitement. Cet accueil s'incarne dans une attitude empreinte d'ouverture, d'empathie, de respect, de compassion, de patience et d'un désir authentique de travailler avec elles, tout en leur témoignant l'espoir et la croyance en leurs forces et capacités de changement ;
  - 4.3. Une réponse holistique, individualisée, adaptée à leurs besoins spécifiques, à leurs buts, leurs projets de vie et leur motivation ;

- 4.4. Une coordination et continuité de services intégrés et adaptés au niveau de complexité des situations présentées par ces personnes et leurs proches, qui assure une intensité et durée de traitement appropriée, un ajustement continu des soins en fonction de l'évolution de leur condition, ainsi que des transitions fluides entre les différents secteurs de services et niveaux de soins ;
- 4.5. Un processus clinique rigoureux et complet incluant :
  - 4.5.1. Un repérage et une détection systématique des troubles mentaux et des troubles d'utilisation de substances dans tous les secteurs de services de la direction santé mentale et dépendance, y compris aux différentes portes d'entrée de l'établissement, à partir d'outils standardisés dont les propriétés psychométriques sont établies ;
  - 4.5.2. Une évaluation systématique et standardisée (pour les personnes détectées positivement) des signes et symptômes actuels, de leur historique et de leurs interactions sur le plan de la santé mentale et de la consommation, de la sévérité et persistance des atteintes fonctionnelles, de leurs antécédents de traitement et des impacts de ceux-ci, de leur motivation actuelle à entreprendre des changements, de leurs risques de rechute, de leurs attentes et besoins en matière de soutien, d'accompagnement et de traitement ;
  - 4.5.3. L'élaboration d'un plan d'intervention qui favorise la participation active de l'utilisateur, ses proches et des partenaires requis, tout en formulant des objectifs individualisés, adaptés aux besoins et attentes de l'utilisateur, à son niveau de motivation et d'engagement en traitement, qui ciblent à la fois la problématique en santé mentale et en dépendance, la gestion des situations de crise et des rechutes ;
  - 4.5.4. Un recours à des approches thérapeutiques variées (médicales, psychosociales, pharmacologiques, etc.), adaptées à l'étape de changement et d'engagement de l'utilisateur, qui reposent sur des données probantes au plan scientifique, contextuel et expérientiel. Ces approches peuvent aller des interventions brèves aux interventions de plus longue durée, dans la communauté ou au sein de services avec hébergement, hautement structurés. Ces approches sont sécuritaires, pertinentes, ajustées au niveau de compréhension de l'utilisateur et elles sont choisies, planifiées et coordonnées avec ce dernier et les acteurs concernés. Elles sont centrées sur des objectifs spécifiques qui ciblent les problématiques en santé mentale et dépendance, tout en étant clairement définis au plan d'intervention et font l'objet d'une évaluation continue pour apporter les ajustements requis. Elles visent à assurer la meilleure expérience de soins et services aux personnes et leurs proches ;
  - 4.5.5. Un suivi de l'évolution de leur condition à travers un monitoring continu de leurs signes et symptômes, de l'évaluation du niveau d'atteinte de leurs objectifs et de l'ajustement du plan d'intervention en conséquence ;
  - 4.5.6. Un plan de transition, élaboré avec l'utilisateur, en prévision de la fin de son épisode de soins au sein de l'établissement, dans lequel est précisé les actions à poursuivre pour soutenir son rétablissement et les ressources à utiliser ;

5. Des mécanismes d'encadrement de la pratique clinique en matière de trouble concomitant sont établis. Diverses modalités telles que des audits, des évaluations de la satisfaction ou de l'expérience usager, de la formation, de la consultation, de la co-intervention, ainsi que du soutien et de la supervision du personnel clinique assure la mise en œuvre de l'offre de services en matière de troubles concomitants, sa qualité et son suivi. Ces mécanismes d'encadrement assurent aussi la pertinence et la cohérence de l'offre de services avec les normes et standards de pratique au sein de l'établissement.

## Définitions

**Approche holistique** : Approche qui considère l'utilisateur dans son intégralité et reconnaît tous les facteurs qui influencent la santé. (Akouamba et coll. 2022)

**Autodétermination** : Ensemble des habiletés et des attitudes qui sont nécessaires chez une personne pour lui permettre d'agir directement sur sa vie, de se sentir libre de faire des choix sans se laisser influencer par les autres.

**Collaboration interprofessionnelle** : Un processus par lequel des professionnels de différentes disciplines développent et réfléchissent sur des modalités de pratique qui permettent de répondre de façon cohérente et intégrée aux besoins de la personne, de ses proches et de la communauté. Il s'agit d'un partenariat entre une équipe de professionnels et une personne, ses proches et la communauté dans une approche adaptative, de collaboration et de coordination en vue d'une prise de décision partagée concernant l'atteinte de résultats optimaux en matière de santé et de services sociaux.

**Consentement libre et éclairé** : Le consentement libre est donné par une personne apte sans influence indue, pression, contrainte ou menace. Le consentement éclairé réfère à toute l'information pertinente sur ce qui est proposé à l'utilisateur de manière à connaître dans la mesure du possible les différentes options qui s'offrent à lui ainsi que les risques et conséquences associés à chacune des options. C'est une décision prise en toute connaissance de cause.

L'utilisateur ou son représentant légal doit être en mesure de recevoir et comprendre l'information ainsi qu'être en mesure de prendre une décision et de l'exprimer. Cela suppose la nécessité de fournir et mettre en place les outils nécessaires à la personne, afin qu'elle puisse comprendre ce à quoi elle consent, avec le soutien des personnes en qui elle a confiance. Lorsqu'une personne donne son consentement à un service ou à un soin, il est spécifique et n'englobe pas un consentement pour tous les événements subséquents.

Au moment de la demande de service, l'autorisation de l'utilisateur ou de son représentant légal doit être obtenue pour traiter la demande. Ce consentement est révisé périodiquement dans le cadre de chaque plan d'intervention (PI)/plan d'intervention interdisciplinaire (PII) et plan de service individualisé (PSI). Ce consentement doit être obtenu pour tout examen, prélèvement, traitement, intervention ou service, tout au long de son suivi et doit tenir compte du droit de l'utilisateur au « refus catégorique » en tout temps.

L'application de Lois d'exception, telles que la Loi sur la protection de la jeunesse, la Loi sur le système de justice pénale pour adolescents, ainsi que la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental représente un danger pour elle-même ou pour autrui engendre, selon les situations ou contextes préjudiciables, l'intervention sans le

consentement de la personne. Dans ces situations, l'intervention est ordonnée par le tribunal ou soutenue par un article de Loi.

**Continuité** : La continuité décrit l'absence de bris dans une séquence temporelle au cours de laquelle plusieurs services doivent être donnés. Ces services sont continus s'ils s'arriment l'un à l'autre de façon harmonieuse. La continuité résulte d'attributs des ressources permettant cet enchaînement : les mêmes personnes offrent les services, l'information circule entre les épisodes de soins ou entre les différents lieux où sont offerts les services (Reid, Haggerty & McKendry, 2002). La continuité peut être vue comme englobant trois dimensions : l'aspect informationnel (transfert et accumulation de l'information nécessaire au traitement de la personne) ; l'aspect clinique (l'approche, les soins prodigués dans une séquence temporelle cohérente) ; et l'aspect relationnel (la relation entre l'utilisateur et les professionnels est stable dans le temps) (Haggerty, Roberge, Freeman, Beaulieu & Breton, 2012 ; Reid et al., 2002).

**Épisode de soins ou de services** : L'épisode de soins ou de services est situé dans le temps : il a un début et une fin. Il correspond à l'estimation probable du temps de service requis pour répondre aux besoins de la personne. L'intensité, la durée, la fréquence et la nature des services offerts sont variables, mais toujours étroitement liées aux besoins de la personne, à la pertinence clinique et aux meilleures pratiques.

**Évaluation** : L'évaluation est une activité planifiée, structurée et continue qui s'appuie sur des outils validés. Elle doit porter sur la collecte et l'analyse des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et environnementaux pertinents aux besoins identifiés lors de l'accueil, afin d'avoir un portrait de la situation, des besoins de l'utilisateur et de son projet de vie (selon les secteurs). Elle se fait avec le consentement de l'utilisateur, à moins d'exception associée au cadre légal de l'intervention. Les intervenants observent, recueillent, analysent et reformulent les informations objectives et subjectives obtenues, dans l'optique de poser un jugement clinique ou un acte professionnel. De cette évaluation découleront des orientations, des recommandations, un plan d'intervention ou de services.

Des évaluations sont exclusives à certains professionnels, selon leurs champs d'exercices ou selon le profil des usagers. De plus, certains contextes légaux viennent baliser les paramètres spécifiques de réalisation des évaluations (par exemple : protection de la jeunesse, ordonnance d'examen psychiatrique). Dans certaines circonstances, l'évaluation permet de réaliser de manière adéquate l'intervention prescrite ou recommandée par un autre professionnel.

**Gestionnaire de cas** : En contexte d'interdisciplinarité, il exerce une tâche dont la majeure partie correspond à la coordination de services et la mineure sa discipline. En établissant une relation continue avec la personne et ses proches, il les oriente et les accompagne à travers les systèmes de services (publiques, privés et communautaires). Enfin, il assure l'intégration et la coordination des interventions et des services auprès des partenaires internes et externes dans les divers milieux.

**Interdisciplinarité** : Regroupement de plusieurs intervenants, ayant une formation, une compétence et une expérience spécifiques, qui travaillent ensemble à la compréhension globale, commune et unifiée d'un usager en vue d'une intervention concertée à l'intérieur d'un partage complémentaire de tâches. Les intervenants collaborent à l'élaboration d'un plan d'intervention interdisciplinaire.

**Intervenant** : Toute personne qui exerce des fonctions cliniques dans l'établissement ou au sein du réseau local de services, ce qui inclut notamment les employés, les professionnels, les médecins, les pharmaciens, les étudiants stagiaires, les intervenants œuvrant au sein des organismes communautaires, ainsi que les personnes à contrat ayant les compétences appropriées pour appliquer les pratiques et les conduites de leur champ d'expertise.

**Intervenant pivot** : L'intervenant pivot est responsable d'assurer la planification, la coordination, la continuité et l'intégration des soins et des services. Qu'il combine ou non cette fonction à des tâches cliniques propres à son domaine de formation, c'est lui qui soutient et accompagne la personne, sa famille et ses proches dans le processus d'obtention des services. L'intervenant pivot est le membre de l'équipe vers qui la personne se tourne au besoin, de même que celui qui est responsable, au même titre que tous les intervenants, de soutenir, de favoriser ou d'encourager la participation active de la personne, de ses proches et de sa famille.

**Intervention individualisée** : Une intervention qui est directement reliée à un usager et qui comprend l'ensemble des actions posées auprès d'un usager ou de toutes autres personnes en relation avec lui lors d'une rencontre, d'une évaluation, d'une activité, d'un suivi ou d'une communication téléphonique. L'intervention individualisée est toujours suivie d'une note significative versée au dossier de l'usager et d'une annotation au système d'information clientèle en précisant la durée de l'intervention en présence de l'usager.

Les activités de concertation clinique, soit les discussions de cas, la préparation du plan d'intervention, du plan d'intervention interdisciplinaire et du plan de service individualisé avec les autres partenaires externes sont considérées comme des interventions individualisées pourvu qu'elles soient suivies par une note significative versée au dossier de l'usager.

Une intervention auprès des proches est considérée comme une intervention individualisée qui doit être signalée au dossier de l'usager concerné ou, selon le cas, de chacun des proches concernés qui reçoit des services de l'établissement.

**Multidisciplinarité** : Regroupement de plusieurs intervenants où chaque professionnel accomplit sa tâche de façon indépendante. Chacun représente sa propre discipline, fait ses propres évaluations, fixe ses propres objectifs, rédige ses rapports, implante sa programmation et en assure le suivi. Il décide seul avec l'usager de ce qui est bon pour ce dernier. Il établit un plan d'intervention et en assume la responsabilité.

**Partenaires** : sont visées par la présente politique, les personnes à contrat, incluant les responsables et les employés des ressources non institutionnelles, les entreprises ambulancières, les établissements d'enseignement, les établissements de détention, les entreprises d'économie sociale et les organismes communautaires qui dispensent des soins et des services aux personnes concernées et avec lesquels l'établissement a conclu une entente à cet effet.

**Partenariat de soins et de services** : Relation de coopération et de collaboration, entre l'usager, ses proches et les intervenants de la santé et des services sociaux, qui s'inscrit dans un processus dynamique d'interactions et d'apprentissages favorisant l'autodétermination de l'usager, la prise de décision libre et éclairée et l'atteinte de résultats de santé optimaux.

**Pertinence** : Capacité de fournir les soins ou services nécessaires et appropriés aux personnes susceptibles d'en bénéficier. La pertinence s'appuie sur un ensemble de critères objectifs, prédéterminés, standardisés et validés, permettant d'évaluer l'adéquation des soins aux besoins des usagers.

**Plans d'intervention :**

- **Plan d'intervention (PI)** : Pour chaque usager recevant un service, les objectifs doivent être fixés, lesquels doivent être accompagnés d'un échéancier. Ce plan soutient la planification des soins et des services et l'intégration des interventions déterminées par un professionnel dans sa pratique unidisciplinaire avec l'usager et ses proches. Les objectifs seront basés sur le projet vie de l'usager et tiendront compte des données probantes.
- **Plan thérapeutique infirmier (PTI)** : « Déterminé et ajusté par l'infirmière à partir de son évaluation clinique et consigné au dossier du client, le plan thérapeutique infirmier dresse le profil clinique évolutif des problèmes et des besoins prioritaires du client. Il fait également état des directives infirmières données en vue d'assurer le suivi clinique du client et qui portent notamment sur la surveillance clinique, les soins et les traitements. Couvrant le continuum de soins et de services, le plan thérapeutique infirmier peut englober un ou plusieurs épisodes de soins. »
- **Plan d'intervention interdisciplinaire (PII)** : Le PII est l'offre de service d'une équipe de travail de l'établissement avec la participation active de la personne et de ses proches. Il est un outil interdisciplinaire qui s'intègre dans le processus clinique. Le PII vise à identifier les besoins, à déterminer les objectifs communs poursuivis et les moyens utilisés pour les atteindre (MSSS, 2017).

**Plans de services**

- **Plan de services individualisé (PSI)** : Le plan de services individualisé (PSI) permet l'intégration des soins et des services sur les plans clinique et organisationnel pour l'ensemble des partenaires provenant de différents établissements du réseau de la santé et des services sociaux, organismes communautaires ou secteurs d'activité (services de garde, éducation, emploi, transport, justice, municipal, etc.). Il est un outil clinique faisant partie du dossier de l'usager (MSSS, 2017).
- **Plan de services individualisé intersectoriel (PSII)** : Plan impliquant une démarche conjointe de planification et de coordination des services et des ressources, entre le réseau de l'éducation et le réseau de la santé et des services sociaux. En ce sens, le PSII n'est pas la somme des PI de tous les établissements, mais un consensus établi entre les différents dispensateurs de services et le jeune et ses parents, sur les objectifs à poursuivre et les moyens de réalisation.

**Processus clinique** : C'est l'ensemble des opérations visant, sur une base personnalisée, la détermination des besoins de l'usager et de ses proches, des priorités d'intervention, des moyens et stratégies d'intervention, du suivi des actions entreprises et de la qualité des services qui lui sont offerts. L'ACTUALISATION des plans d'intervention est inhérente au processus clinique et permet la mise en œuvre des actions concertées qui sont circonscrites dans le temps, selon un épisode de soins ou de services.



**Proche** : Toute personne de l'entourage de l'utilisateur qui apporte un soutien significatif, continu ou occasionnel ; il peut s'agir d'un membre de la famille (père, sœur, conjointe, etc.) ou d'un membre de l'entourage (ami, voisin, collègue, proche aidant, tiers significatif, etc.).

**Projet de vie** : Représentation mentale de la vie que l'utilisateur souhaite mener et des moyens qu'il se donne pour y parvenir. Le projet de vie sert à l'orientation du comportement individuel à travers le temps à court, moyen ou long terme et selon les circonstances. Il est associé à la recherche de direction et de motivation pour les décisions à prendre et d'un sens à donner à son parcours de vie. Bien qu'il soit utilisé dans différents secteurs, ce concept n'est pas à confondre avec celui utilisé au sein des services en protection de la jeunesse qui fait référence à l'idée que pour l'enfant, avoir un projet de vie, consiste à vivre dans un milieu stable auprès d'une personne significative qui répond à ses besoins et avec qui il développe un attachement permanent.

**Refus catégorique** : Le refus catégorique est une manifestation claire et sans équivoque que la personne exprime pour signifier son refus à un soin ou un service. Cette notion implique que la personne est considérée comme étant apte à refuser le soin ou le service proposé. Le refus peut être donné de façon non verbale par le comportement systématique émis par la personne à l'égard de celui qui lui est présenté ou aux soins qui lui sont prodigués. Il est suggéré, avant de conclure à un tel refus, de recourir à l'éclairage de l'équipe, afin d'objectiver le point de vue de la personne. Une telle démarche doit être documentée au dossier de l'utilisateur.

**Représentant de l'utilisateur** : Dans l'ordre indiqué, les personnes suivantes sont présumées être des représentants des usagers (LSSS, art. 12) :

1. Autorité parentale ou tuteur ;
2. Curateur, tuteur, conjoint ou proche de l'utilisateur majeur inapte ;
3. Personne autorisée par un mandat d'inaptitude donné par l'utilisateur antérieurement à son inaptitude ;
4. Personne qui démontre un intérêt particulier pour l'utilisateur inapte majeur.

**Rétablissement** : Le rétablissement en santé mentale renvoie à la possibilité de mener une vie satisfaisante, nourrie par l'espoir, tout en apportant une contribution à la société en dépit de symptômes causés par un problème de santé mentale. La forme qu'il prend varie d'une personne à l'autre, et chaque personne devrait avoir le pouvoir de déterminer ce que le rétablissement signifie pour elle et ce dont elle a besoin pour y parvenir. (CSMC, 2020)

**Trajectoire de services** : Une trajectoire de services est un outil interdisciplinaire qui permet d'assurer la coordination optimale des services et le suivi systématique de clientèles. Elle vise à améliorer la qualité et l'efficacité des services, tout en maximisant l'utilisation des ressources. (Shang, 2012)

**Unidisciplinarité** : La pratique unidisciplinaire est caractérisée par la présence d'un seul intervenant auprès de la personne et ses proches. Ainsi, l'interaction entre les individus mise uniquement sur la dyade intervenant-utilisateur sans associer les savoirs disciplinaires d'autres professionnels.

**Usager** : Toute personne qui reçoit des services de santé ou des services sociaux par un intervenant de l'établissement dans l'une ou l'autre des installations de l'établissement, à domicile, dans la communauté, dans une résidence intermédiaire (RI) ou dans une résidence de type familiale (RTF).

**Usager ressource** : Personne qui contribue à l'amélioration de l'expérience « usager » en milieu de soins ou de services et à la qualité de vie des usagers par le partage de leurs savoirs expérientiels issus de la vie avec la maladie. Ces usagers participent au développement et à l'amélioration des pratiques cliniques et organisationnelles en offrant une perspective usager. Leur implication à tous les niveaux de gouvernance vise à favoriser un changement de culture, une offre de service de qualité et sécuritaire, l'amélioration de la qualité de vie des usagers, ainsi que l'amélioration de la qualité de vie au travail.

## Contexte légal ou contractuel

L'établissement inscrit sa politique en matière de troubles concomitants en conformité aux lois et règlements qui définissent les droits des usagers et encadrent la planification des interventions et la pratique professionnelle :

- Charte des droits et libertés de la personne (L.R.Q., c. C-12) ;
- Code civil du Québec (L.Q. 1991, c.64, art.11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18) ;
- Code des professions (L.R.Q., C.c.26, art 37, 37.1, 37.2, 39.4) ;
- Code d'éthique de l'établissement ;
- Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale. (L.R.Q., c.E-20.1, art. 1.1, 1.2, 50) ;
- Loi sur la protection de la jeunesse (L.R.Q., c.R -34.1, art. 2.4, 8, 32, 39, 39.1) ;
- Loi sur la protection des personnes dont l'état mental représente un danger pour elle-même ou pour autrui (L.R.Q., c. P-38, art. 8, 9, 14, 15, 16, 17, 18, 19) ;
- Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (L.C. 2002, art. 3.1, 4, 40.1, 40.2) ;
- Loi sur les services de santé et services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2, art. 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 19.0.1, 39.6, 100, 101, 102, 103, 104, 505) ;
- Règlement sur l'organisation et administration des établissements (c. S-5 r.5, art 6, 35, 42, 49) ;
- Règlements, codes de déontologie et normes des ordres professionnels.

De plus, la présente politique s'appuie sur les orientations ministérielles suivantes :

- Plan d'action interministériel en santé mentale PAISM 2022-2026 ;
- Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028 ;
- Plan d'action interministériel en itinérance 2021-2026 ;
- Plan d'action interministériel 2022-2025 de la politique gouvernementale de prévention en santé.

## Modalités

1. L'accueil
  - a. Présentation des services, modalités de soutien et d'intervention, approches, etc. ;
  - b. Remise de documentation aux usagers et leurs proches ;
  - c. Promotion du traitement des troubles concomitants.
2. Les trajectoires de services
3. Le repérage, la détection et l'évaluation des troubles concomitants
  - a. Les outils utilisés (Deba A-D-J, AUS, DUS, SATS, Échelles de Rollnick, PHQ9, GAD7, WSAS, SA-SAPAS, Nid-EP, IGT...);
  - b. Les moments d'évaluation.
4. L'intervention brève initiale : *Screening, brief intervention and reference to treatment (SBIRT)*, *Brief integrated motivational interviewing (BIMI)*
5. La planification des interventions
  - a. Les PI, PII, PSI axés sur les forces et le projet de vie ;
  - b. L'intégration des objectifs au plan des troubles mentaux, des troubles d'utilisation de substance, de la motivation et de l'intégration sociale ;
  - c. Le délai de révision des PI, PII, PSI en troubles concomitants.
6. Les interventions intégrées, de plus longue durée, en contexte de PII ou PSI
7. Les interventions spécialisées et intégrées, de plus longue durée, propres à certains secteurs
  - a. SIM ;
  - b. PIPEP ;
  - c. ...
8. Le suivi de la progression des usagers
  - a. Les outils de monitoring.
9. La continuité des soins et les transitions
  - a. La production des bilans et plans de transition ;
  - b. L'accompagnement.
10. Les modalités de collaboration et ententes de services
11. Les modalités de soutien de la pratique professionnelle
  - a. Les présentations de cas au sein des équipes ;
  - b. Les activités de formation et de supervision ;
  - c. Le soutien d'une équipe spécialisée en troubles concomitants.
12. Les modalités de suivi de l'application de la présente politique
  - a. Les audits ;
  - b. L'évaluation de l'expérience de soins ;
  - c. Le processus de révision des pratiques cliniques et organisationnelles avec les usagers.

## Rôles et responsabilités

Cette section décrit le comportement attendu des différents acteurs ou groupes d'individus visés par la politique.

### **Direction du programme santé mentale et dépendance (DPSMD)**

1. Adopte et diffuse la présente politique, tout en assurant la promotion de la vision qui l'a inspiré ;
2. S'assure de l'intégration et de l'application de la politique par son personnel ;
3. S'assure d'offrir à son personnel les formations requises pour soutenir l'application de la politique ;
4. Veille à ce que son personnel applique en continu les modalités d'intervention prévues à la politique ;
5. Réalise dans une perspective d'amélioration continue, des audits sur la qualité de l'application de sa politique au sein de ses services ;
6. Prend connaissance des données quantitatives et qualitatives (audit qualité, sondage, vérification, etc.) relatives à la politique afin de mettre en place des actions pertinentes, en collaboration avec son équipe clinique, pour assurer l'amélioration continue de l'intervention auprès des personnes présentant des troubles concomitants et leurs proches.

### **Direction des services multidisciplinaires (DSM), des services professionnels et de la pertinence clinique (DSPPC) et des soins infirmiers (DSI)**

1. Contribuent à l'élaboration et la révision des normes et standards d'intervention auprès des personnes présentant des troubles concomitants et leurs proches ;
2. Contribuent à l'élaboration et la révision des documents découlant de la présente politique, en collaboration avec la DPSMD ;
3. Participent à la mise en place de stratégies visant à soutenir la pratique clinique auprès des personnes présentant des troubles concomitants et leurs proches ;
4. Émettent des recommandations ;
5. Contribuent à la formation des professionnels et des intervenants selon les besoins identifiés dans le secteur.

### **Conseils professionnels (Conseil multidisciplinaire (CM), Conseil des infirmiers et des infirmières (CII), Conseil des médecins, des dentistes et des pharmaciens (CMDP), Conseil des sages-femmes (CSF))**

1. Contribuent à l'appréciation et à l'amélioration de la pratique professionnelle de leurs membres en lien avec la présente politique.

### **Assistants du supérieur immédiat, spécialistes en activités cliniques et coordonnateurs professionnels**

1. Selon les différents secteurs de l'établissement, ces professionnels jouent un rôle important dans la mise en œuvre et l'encadrement, au sein de leur équipe respective, du processus clinique prévu auprès des personnes présentant des troubles concomitants et leurs proches ;
2. Ils contribuent à l'élaboration et à l'application des normes et standards de pratiques professionnelles ;
3. Ils collaborent avec les directions soutien au développement des meilleures pratiques ;

4. Ils favorisent la collaboration interprofessionnelle et le partenariat de soins et de services ;
5. Ils assurent un suivi de la qualité de l'application de la présente politique au sein de leur secteur d'activité.

### **Intervenants (*Résumer davantage*)**

1. S'approprient le contenu de la politique et s'engagent à soutenir la vision et poursuivre les objectifs qui y sont décrits ;
2. Accueillent l'utilisateur et valident la demande de service ;
3. Impliquent et facilitent la participation de l'utilisateur et de ses proches dans les différentes étapes du processus clinique ;
4. S'assurent, lorsqu'indiqué, d'obtenir le consentement libre et éclairé de l'utilisateur avant de dispenser des soins et des services ;
5. Analysent les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux, afin d'établir le portrait complet de la situation et des besoins de l'utilisateur ;
6. Déterminent avec l'utilisateur ses besoins et les objectifs à prioriser au plan d'intervention ;
7. Accompagnent lorsque requis les usagers vers le bon service ;
8. Orientent l'utilisateur vers d'autres services ou partenaires, lorsque nécessaire ;
9. Respectent les délais d'élaboration et de révision des plans d'intervention ;
10. Remettent à l'utilisateur son plan d'intervention ou son plan de services et l'explique dans un langage accessible ;
11. Appliquent les programmes, guides ou autres référentiels cliniques ;
12. Rédigent des notes d'évolution et s'assurent qu'elles soient déposées au dossier de l'utilisateur ;
13. Révisent le plan d'intervention, selon les délais prescrits ;
14. Mesurent l'atteinte des objectifs ;
15. Rédigent un bilan des interventions réalisées ;
16. Recueillent la satisfaction de l'utilisateur à l'égard des services reçus ;
17. Agit comme intervenant pivot ou gestionnaires de cas pour assurer la mise en œuvre, le suivi et la continuité du processus clinique selon les différents secteurs de l'établissement et la complexité des situations cliniques rencontrées ;
18. Collabore... avec les différents acteurs...
19. ... SBIRT

### **Usagers, représentants et proches**

1. Participent activement, selon leurs capacités et leurs attentes, à l'élaboration du plan d'intervention, à sa mise en œuvre et sa révision ;
2. Partagent leur expérience usager dans le cadre de l'amélioration continue des services par le biais de différents moyens mis à sa disposition (sondage, boîte à suggestions, commentaires formulés à l'intervenant, à l'équipe ou à un membre du personnel-cadre, etc.). *PEUVENT PARTICIPER COMME PATIENT PARTENAIRE À DES TRAVAUX OU COMITÉ AVEC L'ÉQUIPE CLINIQUE.*

### **Annexes**

## Bibliographie

Akouamba, B.S., Lai, H., Mares, A., Marcantoni, W., Wassef, M., Beauchamp, S. (2022). *Les autosoins pour la santé mentale : modèles*. Unité d'évaluation des technologies et des modes d'interventions en santé et services sociaux (UETMIS-SS), CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, Canada.

Alberta Health Services. (2016). Enhancing Concurrent Capability (ECC): Toolkit. Repéré à <https://www.albertahealthservices.ca/info/Page14889.aspx>

Careau, E., Brière, N., Houle, N., Dumont, S., Maziade, J., Paré, L., Desaulniers, M., Museux, A.C. (2014). *Continuum des pratiques en collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux – Guide explicatif*. Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI).

Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. (2009). *Toxicomanie au Canada : Troubles concomitants*. Ottawa (Ontario) CCLAT.

Centre d'expertise et de collaboration en troubles concomitants (CECTC) du RUISSS de l'Université de Montréal. (2019). *Les troubles concomitants – Synthèse des connaissances*.

Center for Substance Abuse Treatment. (2005). *Substance Abuse Treatment for Persons with Co-Occurring Disorders: Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 42*. DHHS Publication No. (SMA) 05-3992. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Center for Substance Abuse Treatment. (2006). *Overarching Principles to Address the Needs of Persons with Co-Occuring Disorders*. COCE Overview Paper 3. DHHS Publication No. (SMA) 06-4165 Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux De-la-Mauricie-et-du-Centre-du-Québec. (2018). PO-16-009 Le processus clinique du CIUSSS MCQ.

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux De-la-Mauricie-et-du-Centre-du-Québec. (2018). PRO-16-019 Tenue du dossier de l'utilisateur au sein de la direction du programme santé mentale adulte et dépendance.

Commission de la santé mentale du Canada. (2020). *Mettre le rétablissement en pratique : Une introduction au Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement*. Ottawa, Canada.

Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé. (2010). *Référentiel national de définition des compétences en matière d'interprofessionnalisme*. Université de la Colombie-Britannique.

D'Amour, D., & Oandasan, I. (2005). *Interprofessionality as the Field of Interprofessional Practice and Interprofessional Education: An Emerging Concept*. Journal of Interprofessional Care, 19 Suppl 1, 8-20.

Haggerty, J. L., Roberge, D., Freeman, G. K., Beaulieu, C., & Bréton, M. (2012). *Validation of a Generic Measure of Continuity of Care: When Patients Encounter Several Clinicians*. Annals of Family Medicine, 10(5), 443-451.

Hébert, R. (1997). *Définition du concept d'interdisciplinarité*. Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, Colloque « De la multidisciplinarité à l'interdisciplinarité », 4-5 avril 1997.

Hughes, L. (2006). *Closing the Gap: A Capability Framework for Working Effectively with People with Combined Mental Health and Substance Use Problems (Dual Diagnosis)*. Center for Clinical and Academic Workforce Innovation. University of Lincoln, United Kingdom.

Hughes, L., Trippier, J., Kipping, C., Manley, D., Borysik, B., Alcraft, H., Annand, F. (2019). *Capability Framework: Working Effectively with People with Co-Occurring Mental Health and Alcohol/Drug Use Conditions*. London: Revolving Doors Agency & Clinks.

Ibarra Arana, C.E., (sous la direction de) Reicherts, M. (2006). *L'élaboration du projet de vie chez les jeunes adultes*. Université de Fribourg, Suisse, 280 p.

Marel, C., Mills, K.L., Kingston, R., Gournay, K., Deady, M., Kay-Lambkin, F., Baker, A., Teesson, M. (2016). *Guidelines on the Management of Co-Occurring Alcohol and Other Drug and Mental Health Conditions in Alcohol and Other Drug Treatment Settings (2nd edition)*. Sydney: National Drug & Alcohol Research Centre.

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 des jeux de hasard et d'argent et à l'utilisation d'Internet*. Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2021). *Plan d'action interministériel en itinérance 2021-2026 - S'allier devant l'itinérance*. Gouvernement du Québec.

Ministère de la santé et des services sociaux. (2022). *Plan d'action interministériel 2022-2025 de la politique gouvernementale de prévention en santé*. Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2022). *Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 - S'unir pour un mieux-être collectif*. Gouvernement du Québec. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-914-14W.pdf>

Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport. (2005). *Le plan de services individualisé et intersectoriel*. Gouvernement du Québec.

Minkoff, K., Cline, C.A. (2005). *Developing Welcoming Systems for Individuals with Co-Occurring Disorders*. Journal of Dual Diagnosis, 1(1), 65-89.

Minkoff, K., Cline, C.A. (2009). *Comprehensive, Continuous, Integrated System of Care (CCISC) Model*. Repéré à <http://kenminkoff.com/ccisc.html>

O'Neill, S., Lapalme, M. (2016). *Modèles de dispensation des soins et services aux personnes présentant des troubles concomitants de santé mentale et de dépendance*. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, ETMIS; 12(01): 1-83.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2006). *Le plan thérapeutique infirmier - La trace des décisions cliniques de l'infirmière [...]* (Collections de BANQ).

Province of New Brunswick. (2013). *Change Vision: Helping People in their Recovery Journey*. Government of New Brunswick.

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*.

Reid, R.J., Haggerty, J., McKendry, R. (2002). *Defusing the Confusion: Concepts and Measures of Continuity of Health Care*. Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia.

RUIS de l'Université de Montréal - Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle. (2014). *Guide d'implantation du partenariat de soins et de services – Vers une pratique collaborative optimale entre intervenants et avec le patient*. Université de Montréal.

Rush, B., Fogg, B., Nadeau, L., Furlong, A. (2008). *On the Integration of Mental Health and Substance Use Services and Systems: Main Report*. Canadian Executive Council on Addictions, 136 p.

Shang, M. (2012). *Élaboration de trajectoires de services à l'intention d'une population vivant avec une déficience : recension des écrits et recommandations*. Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 29 p.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2011). *Dual Diagnosis Capability in Addiction Treatment Toolkit Version 4.0*. HHS Publication No. SMA-XX-XXXX, Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2011). *Dual Diagnosis Capability in Mental Health Treatment Toolkit Version 4.0*. HHS Publication No. SMA-XX-XXXX, Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

## **Outil complémentaire**

Pour accéder à davantage de documentation sur les troubles concomitants, notamment les lignes directrices, vous pouvez consulter en tout temps le portail document du Centre d'expertise et de collaboration en troubles concomitants (CECTC) : <https://bibliothequeduchum.ca/veilles/centre-dexpertise-et-de-collaboration-en-troubles-concomitants-cectc/>.