

Modèles de dispensation des soins et services aux personnes présentant des troubles concomitants de santé mentale et de dépendance

Mars 2016

Une production de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

Avis rédigé par
Sébastien O'Neill
Micheline Lapalme

Avec la collaboration de
Martin Camiré

Le présent rapport a été présenté au Comité scientifique permanent de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) lors de sa réunion du 13 novembre 2015.

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

Ce document et ses annexes sont accessibles en ligne dans la section *Publications* de notre site *Web*.

Équipe de projet

Professionnels scientifiques

Sébastien O'Neill, M.A. (auteur)

Hélène Guay, Ph.D.

Ervane Kamgang, M. Sc., CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Maria Chauvet, M. Sc., CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Collaboration

Martin Camiré, M.A.

Coordination scientifique

Micheline Lapalme, Ph. D. (auteure)

Direction scientifique

Sylvie Bouchard, M.Sc. M.B.A.

Recherche d'information scientifique

Lysane St-Amour, M.B.S.I

Soutien documentaire

Micheline Paquin, *tech. doc.*

Édition

Responsable

Renée Latulippe

Coordination

Véronique Baril

Révision linguistique

Révision Littera Plus

Traduction

Mark Wickens

Vérification bibliographique

Denis Santerre

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2016

Bibliothèque et Archives Canada, 2016

ISSN 1915-3104 INESSS (PDF)

ISBN 978-2-550-75346-9 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2016

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). 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 2016; 12(01): 1-83

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

Comité de suivi¹

Janique Beauchamp, Ordre des infirmiers et infirmières du Québec

Patrice Boudreault, Direction des dépendances et itinérance, ministère de la Santé et des Services sociaux

Monik Coupal, Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux

Sarah Duford, Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec

Manon Duhamel, Direction de la santé mentale, ministère de la Santé et des Services sociaux

Jacques Gauthier, Ordre des ergothérapeutes du Québec

Nathalie Girouard, Ordre des psychologues du Québec

Alain Hébert, Ordre des travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec

Annie-Sapin Leduc, Centre de réadaptation en dépendance de Montréal - Institut universitaire

Lisa Massicotte, Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec

Dr Daniel Paquette, Fédération des médecins et omnipraticiens du Québec

Louise Rousseau, Ordre des pharmaciens du Québec

Comité consultatif

Candide Beaumont, Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec

Dominique Boudreau, Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Geneviève Cloutier, Direction générale, Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec

Julie Desrosiers, École de réadaptation de l'Université de Montréal

Marie-Josée Fleury, Centre de réadaptation en dépendance de Montréal - Institut universitaire

D^r Didier Jutras-Aswad, Centre hospitalier de l'Université de Montréal

D^r Pierre Lauzon, Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Jean-Marc Ménard, Centre de réadaptation en dépendance Domrémy

Paul Morin, École de travail social, Université de Sherbrooke

Céline Perras, Centre de réadaptation en dépendance de l'Outaouais

Michel Perreault, Institut universitaire en santé mentale Douglas

Jessica Sotto, Organisme communautaire Diogène

Paul Jr Trahan, Maison Le Point Commun

Philippe Vincent, Institut universitaire en santé mentale de Montréal, Faculté de pharmacie, Université de Montréal

¹. Les affiliations des membres étaient valides au moment des consultations effectuées auprès des deux Comités. Il est important de noter qu'elles peuvent avoir changé suivant la réforme du réseau de la santé et des services sociaux entrée en vigueur le 1er avril 2015.

Lecteurs externes

La lecture externe est un des mécanismes utilisés par l'INESSS pour assurer la qualité de ses travaux. Les lecteurs externes valident les aspects méthodologiques de l'évaluation, de même que l'exactitude du contenu, en fonction de leur domaine d'expertise propre.

Les lecteurs externes du présent avis sont :

M^{me} Chantal Sylvain, Ph. D., professeure adjointe, École de réadaptation, Faculté de médecine et des sciences de la santé (FMSS), Université de Sherbrooke

M. Kevin Johnson, Ph. D., professeur adjoint, Service de l'enseignement du management, École des hautes études commerciales de Montréal (HEC Montréal)

M. Michel Proulx, cadre supérieur, Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Ouest

Déclaration d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts à déclarer.

Responsabilité

L'Institut assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs du présent document. Les conclusions et recommandations ne reflètent pas forcément les opinions des lecteurs externes ou des autres personnes consultées aux fins du présent dossier.

COMITÉ SCIENTIFIQUE PERMANENT EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX

Membres

M. Pierre Dostie

- Directeur de CSSS à la retraite
- Travailleur social en pratique autonome
- Chargé de cours en travail social, Université du Québec à Chicoutimi

M. Hubert Doucet

- Consultant en bioéthique
- Professeur associé, Faculté de théologie et de sciences des religions, Université de Montréal

M. Serge Dumont

- Directeur scientifique, CSSS de la Vieille-Capitale
- Directeur du Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé
- Professeur titulaire, École de service social, Université Laval
- Chercheur, Centre de recherche en cancérologie, Hôtel-Dieu de Québec

M^{me} Isabelle Ganache

- Consultante en éthique, Commissaire à la santé et au bien-être
- Professeure adjointe de clinique, Programmes de bioéthique, Département de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine, Université de Montréal

M. Jude Goulet

- Pharmacien, chef du Département de pharmacie, Hôpital Maisonneuve-Rosemont

M^{me} Marjolaine Landry

- Professeure, Département des sciences infirmières, Centre universitaire de Drummondville, Université du Québec à Trois-Rivières
- Chercheuse, Centre affilié universitaire, Centre de santé et de services sociaux - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

M^{me} Claudine Laurier

- Pharmacienne
- Professeure titulaire, Faculté de pharmacie, Université de Montréal

M^{me} Esther Leclerc (présidente)

- Infirmière
- Ex-directrice générale adjointe, Centre hospitalier de l'Université de Montréal

D^r Michaël Malus

- Médecin de famille
- Chef du département de médecine familiale et responsable du Centre réseau intégré universitaire (CRIU) Herzl de l'Hôpital général juif – Sir Mortimer B. Davis
- Professeur associé, Département de médecine familiale, Université McGill

D^r Maurice St-Laurent

- Gériatre
- Professeur agrégé de clinique, Faculté de médecine, Université Laval

M. Jean Toupin (vice-président)

- Professeur associé, Département de psychoéducation, Université de Sherbrooke
- Chercheur, Institut universitaire en santé mentale de Montréal

Membres citoyens

M. Marc Bélanger

- Psychoéducateur à la retraite
- Professionnel expert de l'intervention des autorités publiques et de l'organisation des services en interdisciplinarité et intersectorialité (santé et services sociaux, justice, éducation) auprès des personnes éprouvant des difficultés d'adaptation psychosociale

M^{me} Jeannine Tellier-Cormier

- Professeure en soins infirmiers à la retraite, Cégep de Trois-Rivières

Membres experts invités

M. Éric A. Latimer

- Économiste et professeur titulaire, Département de psychiatrie, Faculté de médecine, Université McGill
- Chercheur, Institut universitaire en santé mentale Douglas

M. Aimé Robert LeBlanc

- Ingénieur, professeur émérite, Institut de génie biomédical, Département de physiologie, Faculté de médecine, Université de Montréal
- Directeur adjoint à la recherche et au développement, Centre de recherche de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

D^r Réginald Nadeau

- Cardiologue et chercheur, Centre de recherche de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
- Professeur émérite, Faculté de médecine, Université de Montréal

D^r Raghu Rajan

- Hématologue et oncologue médical, Centre universitaire de santé McGill
- Professeur associé, Université McGill
- Membre du Comité de l'évolution des pratiques en oncologie (CEPO) et du Programme de gestion thérapeutique des médicaments

Membre observateur du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

M^{me} Natalie Rosebush

- Directrice générale adjointe aux services aux aînés, Direction générale des services sociaux, ministère de la Santé et des Services sociaux

TABLE DES MATIÈRES

EN BREF.....	i
RÉSUMÉ	ii
SIGLES ET ABRÉVIATIONS.....	vi
GLOSSAIRE	viii
INTRODUCTION.....	1
1 MÉTHODOLOGIE	3
1.1. Questions et méthodes de recherche	3
1.2. Sélection, évaluation de la qualité et extraction des données.....	4
1.2.1. Sélection des études	4
1.2.2. Évaluation de la qualité.....	5
1.2.3. Extraction des données.....	6
1.3. Méthode d'analyse des résultats.....	6
1.4. Consultation des parties prenantes.....	7
1.5. Méthode d'analyse et de synthèse de l'ensemble des données.....	7
2 RÉSULTATS	8
2.1. Question 1 : Quels sont les différents modèles de dispensation des soins et services et conditions de mises en place de ces modèles, qui ont été développés pour les personnes avec des troubles concomitants?	10
2.1.1 Niveau d'organisation des services.....	10
2.1.2 Niveau de dispensation des soins.....	12
2.1.3 Modèles de dispensation à large échelle	13
2.1.4 Barrières et facteurs facilitateurs généraux.....	21
2.2. Question 2 : Comment s'organise la dispensation des soins et des services en rapport aux troubles concomitants au sein d'autres juridictions et au Canada?	21
2.2.1. États-Unis	21
2.2.2. Australie	24
2.2.3. Canada	27
2.3. Question 3 : Quels traitements et interventions utilisés dans le cadre des modèles de dispensation des soins et des services aux personnes aux prises avec des troubles concomitants sont efficaces?	35
2.3.1 Efficacité des traitements intégrés selon les 13 revues systématiques retenues	35
2.3.2 Efficacité des traitements intégrés selon les 35 études primaires retenues.....	35
2.3.3 Éléments des modèles d'organisation des services liés à l'efficacité des traitements intégrés	38

2.3.4	Éléments des modèles de dispensation des soins liés à l'efficacité des traitements intégrés	39
2.3.5	Efficacité des traitements intégrés selon la condition de la personne.....	49
2.3.6	Principaux résultats et tendances dégagées en lien avec l'efficacité des traitements intégrés	54
	DISCUSSION	56
	MISE À JOUR DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE	67
	CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS.....	71
	RÉFÉRENCES.....	74

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Pouvoir d'action et compétences des trois paliers de gouvernement aux États-Unis.....	23
Tableau 2	Efficacité des traitements intégrés hautement structurés.....	41
Tableau 3	Efficacité des interventions brèves en dépendance combinées au traitement usuel en santé mentale.....	45
Tableau 4	Efficacité de la pharmacothérapie combinée à des interventions psychosociales.....	45
Tableau 5	Efficacité des programmes de suivi intensif et des programmes de gestion de cas intégrés.....	46
Tableau 6	Efficacité des interventions en santé mentale combinées à des programmes de réadaptation intensifs en dépendance.....	46
Tableau 7	Études ayant obtenu des résultats en faveur du traitement comparateur.....	48
Tableau 8	Études réalisées auprès de personnes aux prises avec un trouble schizophrénique ayant obtenu un résultat en faveur du traitement intégré.....	50
Tableau 9	Efficacité des traitements intégrés selon la substance psychoactive principale.....	53

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Diagramme de flux.....	4
Figure 2	Cadre d'analyse.....	9
Figure 3	Mécanismes de collaboration inter-organisationnels.....	11
Figure 5	Modèle des quadrants.....	15
Figure 6	Modèle des paliers.....	16
Figure 7	Niveaux de capacité des programmes liés aux troubles concomitants.....	20
Figure 8	Efficacité des traitements intégrés comparativement aux traitements usuels ou autres comparateurs pour intervenir auprès des personnes aux prises avec un trouble concomitant.....	37
Figure 9	Bénéfices des traitements intégrés, selon le type de service.....	39

EN BREF

La complexité des troubles concomitants de santé mentale et de dépendance constitue une préoccupation constante pour les acteurs du système de santé et des services sociaux. Depuis plusieurs années, les difficultés rencontrées dans la dispensation de services à la clientèle qui présente des troubles concomitants a permis de mettre en lumière les limites d'une construction en parallèle des services spécialisés de santé mentale et de dépendance. Par le présent avis, l'INESSS vise à identifier les modèles de dispensation de services pouvant répondre aux besoins des personnes présentant un trouble concomitant de santé mentale et de dépendance. Malgré une littérature parcellaire sur le sujet, plusieurs grands constats peuvent être mis de l'avant afin de favoriser une prise de décision éclairée, tant sur le plan organisationnel que clinique.

De prime abord, il s'avère essentiel que les prestataires de soins et services aient une ouverture à diverses formes de collaboration, et ce, de façon durable. En ce sens, l'intégration, qui ne doit pas être comprise comme un concept uniforme, doit se mouler aux particularités des contextes d'implantation et s'adapter à la grande hétérogénéité des troubles concomitants. Malgré la complexité qui caractérise les troubles concomitants de santé mentale et de dépendance, les milieux de pratique doivent se montrer flexibles en permettant l'accès aux services par diverses portes d'entrée et faciliter les transitions entre les prestataires de soins. La qualité de la relation thérapeutique et des relations entre les différents acteurs (intervenants et gestionnaires) transcendent les modèles de dispensation. Ainsi, ce n'est qu'en mettant l'individu et son rétablissement à long terme au cœur des préoccupations de l'ensemble des intervenants touchés de près ou de loin par la trajectoire de soins que les milieux de pratique seront en mesure d'offrir des services adaptés aux besoins de la clientèle.

En outre, l'analyse des expériences étrangères a permis de constater que la présence de politiques et de documents pan-nationaux sur l'organisation des services ne conduit pas nécessairement à l'adoption des recommandations dans les milieux de pratique. L'établissement des troubles concomitants comme une priorité, en renforçant et en officialisant la collaboration entre les services de santé mentale et de dépendance favoriserait de meilleurs résultats.

Enfin, la littérature recensée nous a permis de constater que les études d'efficacité portaient rarement sur les modèles de dispensation en soi, mais plutôt sur les différents traitements et interventions offerts aux personnes présentant des troubles concomitants. De plus, et sans grande surprise, les études portant sur l'efficacité des traitements sont très hétérogènes quant aux types de troubles mentaux et de dépendances que présentent les personnes aux prises avec des troubles concomitants. Plus encore, les traitements intégrés, ciblant à la fois les problèmes de santé mentale et de dépendance, sont très disparates en ce qui concerne leurs contenus, formats, durées, milieux de soins et autres. Ils se caractérisent dans la plupart des cas par une intégration de type vertical, qui consiste principalement à combiner des interventions en santé mentale et en dépendance au traitement usuel ou encore à intégrer des intervenants de l'autre discipline au sein des équipes traitantes. Très peu d'études portent sur des programmes et services spécialement adaptés aux personnes aux prises avec des troubles concomitants et complètement intégrés sur le plan organisationnel. Malgré ces limites, les résultats obtenus dans le cadre du présent avis indiquent que, de façon générale, les traitements intégrés sont plus efficaces que les traitements qui se concentrent uniquement sur les problèmes de santé mentale ou qui ciblent seulement les problèmes de dépendance.

RÉSUMÉ

Mise en contexte et mandat

De façon générale, les écrits scientifiques définissent les troubles concomitants comme l'ensemble des différentes associations possibles entre les troubles mentaux et les troubles liés à l'utilisation de substances. Même si cette définition a l'avantage de préciser l'objet à l'étude dans son ensemble, l'étendue du problème et des situations rencontrées dans la pratique s'avère beaucoup plus complexe. En effet, la cooccurrence d'un problème de santé mentale et d'une dépendance chez une personne ne peut être comprise comme une simple addition de problèmes. Il faut considérer les troubles concomitants comme étant une agrégation de divers problèmes qui caractérisent une seule et même personne et son environnement.

Les nombreuses difficultés auxquelles font face les personnes qui présentent un trouble concomitant les amènent à consulter davantage les services de santé et les services sociaux. L'évaluation et le traitement sont plus complexes et le pronostic à l'égard du rétablissement de la personne, plus sombre. Pendant de nombreuses années, la structure de financement et l'organisation des services de santé mentale et de dépendance ont favorisé les traitements de type séquentiel ou parallèle. En effet, les prestataires de soins pouvaient exiger que les problèmes de santé mentale de la personne soient stabilisés avant que celle-ci reçoive des services de dépendance, ou encore, que la personne ait fait preuve d'abstinence avant de recevoir des services en santé mentale.

Au cours des années 2000, les orientations ministérielles en matière de santé mentale et de dépendance ont milité en faveur d'une meilleure coordination des traitements relatifs aux troubles concomitants. Or, et en dépit d'une adhésion au concept et de la présence de nombreuses initiatives, peu de régions du Québec peuvent compter sur une réelle organisation de services à ce niveau. Par conséquent, de nombreuses personnes présentant un trouble concomitant ne reçoivent pas les soins et services requis par leur situation. C'est dans ce contexte que l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ²) a demandé à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) d'identifier les modèles de dispensation des soins et services pouvant répondre aux besoins des personnes présentant des troubles concomitants en santé mentale et en dépendance.

À cette fin, une revue de littérature narrative, basée sur 22 documents, a été réalisée afin de repérer les modèles de dispensation ainsi que leurs conditions de mise en place au sein d'autres pays ou territoires, de même qu'au Canada et au Québec. Une revue systématique, basée sur 13 revues systématiques et 35 études primaires décelées à partir de celles-ci a également été conduite afin d'évaluer l'efficacité des traitements et des interventions utilisés dans les différents modèles de dispensation de soins et de services.

Résultats

Les résultats de la revue narrative indiquent que les modèles de dispensation se divisent en deux grandes catégories : 1) les modèles d'organisation et de dispensation de soins et services de large échelle, caractérisés par une intégration de type horizontal, et 2) les modèles de

² L'ACRDQ a été dissoute le 1er avril 2015, à la suite de la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux (Loi 10).

dispensation de soins caractérisés par une intégration de type vertical. Les modèles de large échelle et à intégration horizontale sont issus d'une conceptualisation de l'ensemble des soins et services à offrir pour une population donnée. En contrepartie, les modèles de dispensation des soins à intégration verticale sont offerts par un seul ou plusieurs prestataires de soins et services au sein d'un même établissement (intégration organisationnelle) ou d'un même continuum de soins. Les résultats tirés de la littérature analysée ainsi que les modèles expérimentés dans d'autres pays ou territoires indiquent que les mécanismes de collaboration interorganisationnels, du réseautage à une intégration organisationnelle proprement dite, sont essentiels pour améliorer et bonifier les soins et services. Leur opérationnalisation dans la pratique reste toutefois, selon les endroits, à des états d'avancement variables. Le lien entre la pratique et les instances gouvernementales décisionnelles demeure aussi une préoccupation saillante. Quant à l'efficacité des différents traitements intégrés, les résultats indiquent que, dans l'ensemble, les traitements ciblant à la fois les troubles de santé mentale et de dépendance sont plus efficaces pour réduire la consommation de substances et les signes et symptômes cliniques des troubles mentaux que les traitements usuels qui se concentrent seulement sur l'un ou l'autre de ces troubles. Les effets bénéfiques des traitements intégrés sont par contre rarement observés de façon simultanée sur ces deux dimensions à la fois.

Conclusions

1. Les modèles d'organisation et de dispensation des soins et services de large échelle, caractérisés par une intégration horizontale, se distinguent des modèles de dispensation des soins de type vertical, offerts par un ou plusieurs prestataires de soins au sein d'un même établissement ou d'un continuum de soins et services, par l'établissement d'expertises et de compétences transversales allant au-delà du caractère particulier de fonctionnement de chacun d'entre eux. Certains points d'amélioration et d'optimisation des pratiques organisationnelles en matière de troubles concomitants, applicables à une multiplicité de situations et de contextes, ont pu être dégagés de ces modèles :
 - a. Les personnes présentant un trouble concomitant en santé mentale et en dépendance peuvent entrer par n'importe quelle porte et être prises en charge de manière adéquate ou être redirigées, le cas échéant, vers les soins et services appropriés;
 - b. Les intervenants œuvrant auprès de ces personnes sont ouvertes à la création et au maintien d'une alliance thérapeutique. Cette dernière demeure un élément essentiel dans l'adhésion au traitement et le succès de celui-ci;
 - c. Les situations de transition rencontrées par les personnes présentant un trouble concomitant en santé mentale et en dépendance sont encadrées et facilitées, de manière concertée, afin de ne pas perdre de vue les personnes dans les besoin durant leur cheminement. Ces dernières ne sont pas considérées comme étant rattachées à un prestataire de soins en particulier, mais plutôt comme des clients du système de santé dans son ensemble.
2. 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. L'important ne réside pas en l'atteinte, à tout prix, de liens interorganisationnels formels, mais plutôt dans le fait d'engager des démarches qui, au quotidien, permettent d'instaurer un climat de prestation de soins dans lequel sont imbriquées les racines de la collaboration.

3. L'intégration d'interventions brèves en dépendance au traitement usuel, de même que le recours à des traitements dont le contenu et l'administration sont hautement structurés et conçus pour les personnes présentant un trouble concomitant en santé mentale et en dépendance, sont plus efficaces pour réduire la consommation de substances psychoactives chez les personnes aux prises avec des troubles mentaux graves que les traitements usuels en santé mentale. Chez une telle clientèle, l'inclusion d'intervenants spécialisés dans le traitement des dépendances ou des troubles concomitants au sein des équipes de suivi dans la communauté et de gestion de cas entraîne également une plus grande réduction des taux d'hospitalisation et de la durée moyenne de séjour qu'avec les équipes traitantes régulières.
4. Les résultats obtenus auprès des personnes présentant des troubles mentaux modérés suggèrent pour leur part que les traitements intégrés combinant des interventions psychosociales (en santé mentale et (ou) en dépendance) et l'usage de la pharmacothérapie sont plus efficaces que ces mêmes interventions combinées à un placebo pour réduire la consommation d'alcool chez les personnes présentant une dépendance à cette substance. L'intégration d'interventions en santé mentale à des programmes intensifs de réadaptation en dépendance semble pour sa part améliorer davantage la santé mentale des personnes concernées que la version non intégrée de ces programmes.
5. Les résultats suggèrent également que chez les personnes présentant des troubles mentaux modérés, les traitements basés sur la thérapie en 12 étapes ou visant à en favoriser l'adhésion représentent, dans certains cas, une alternative thérapeutique plus accessible et plus efficace que d'autres traitements plus complexes nécessitant des intervenants ayant une formation professionnelle plus avancée.

Recommandations

À la lumière de l'ensemble des éléments présentés dans cet avis, l'INESSS formule les recommandations suivantes :

1. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, de même que les autres partenaires œuvrant auprès des personnes présentant un trouble concomitant en santé mentale et en dépendance devraient mettre l'accent sur les éléments suivants afin d'améliorer les soins et services offerts à cette clientèle :
 - a. Formalisation des mécanismes de collaboration interorganisationnels de même qu'entre les intervenants du milieu de la santé mentale et de la dépendance;
 - b. Accueil des personnes à n'importe quelle porte d'entrée du système dans le cadre d'une harmonisation accrue entre les réseaux public, privé et communautaire;
 - c. Optimisation des mécanismes de soutien aux personnes actuellement en place afin d'assurer une transition fluide entre les niveaux de soins et de services.
2. Les équipes qui œuvrent en santé mentale devraient avoir accès à des formations sur les troubles concomitants et à des techniques d'interventions brèves en dépendance pour agir auprès des personnes qui ont des troubles mentaux graves et des troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives;
3. Les programmes en santé mentale et en dépendance auraient avantage à inclure dans leur offre de services des traitements spécialement conçus pour les personnes aux prises

avec des troubles mentaux graves et des troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives dont le contenu et l'administration sont hautement structurés;

4. Les équipes de réadaptation en dépendance devraient pouvoir compter sur des professionnels capables d'évaluer l'état mental et physique (médecins, psychiatres, psychologues, conseillers en orientation, infirmières et travailleurs sociaux) des personnes présentant des troubles concomitants en santé mentale et en dépendance et avoir accès à des traitements pharmacologiques, lorsque cela est requis;
5. Les établissements du réseau de la santé et des services sociaux auraient avantage à offrir des traitements intégrés en dépendance et en santé mentale de différentes intensités aux personnes présentant des troubles mentaux modérés et que ceux-ci soient dispensés au sein d'une même organisation ou en collaboration avec d'autres;
6. Les milieux de recherche et de pratique, et plus particulièrement les CISSS et les Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS), devraient explorer les composantes non (par ex., le parrainage, le soutien d'un groupe de pairs, l'accès à un nouveau réseau social et le soutien offert en tout temps) associées aux groupes d'entraide et aux approches basées sur les 12 étapes afin de potentialiser les interventions offertes aux personnes présentant des troubles concomitants en santé mentale et en dépendance;
7. Les CIUSSS devraient jouer un rôle d'avant plan dans la conduite de travaux de recherche portant sur des profils cliniques spécifiques (type de trouble mental et de dépendance) afin d'évaluer, de façon plus précise, leur efficacité auprès des personnes présentant différents profils cliniques de troubles mentaux et de troubles liés à l'utilisation de substances, et plus particulièrement parmi les personnes présentant des troubles mentaux modérés.

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ACRDQ	Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec
ASAM	<i>American Society of Addiction Medicine</i>
CAMH	<i>Centre for Addiction and Mental Health</i>
CANMAT	<i>Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments</i>
CASP	<i>Critical Appraisal Skills Programme</i>
CCLT	Centre canadien de lutte contre les toxicomanies
CCISC	<i>Comprehensive, Continuous, Integrated System of Care Model</i>
CRD	Centre de réadaptation en dépendance
CIM / ICD	Classification internationale des maladies / <i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i>
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
ECR	Essai clinique randomisé
EHDDS	<i>Eastern Hume Dual Diagnosis Service</i>
FQCRPAT	Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanies
GASM	Guichet d'accès unique en santé mentale
GAP-MAP	<i>Gap Analysis of Public Mental Health and Addictions Programs</i>
IDDT	<i>Integrated Dual Disorder Treatment</i>
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
MISA	<i>Mental Illness and Substance Abuse</i>
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NICE	<i>National Institute for Health and Care Excellence</i>
NWD	<i>No Wrong Door</i>
PASM	Plan d'action en santé mentale
PICOT	Population; Intervention; Comparaison; Résultats (<i>Outcomes</i>); Temps (<i>Timing</i>)
SAMI-CCOE	<i>Substance Abuse and Mental Illness Coordinating Center of Excellence</i>
SAMHSA	<i>Substance Abuse and Mental Health Services Administration</i>
TI	Traitement intégré

TIP	<i>Treatment Improvement Protocol (SAMHSA)</i>
TNI	Traitement non intégré
VDDI	<i>Victorian Dual Diagnosis Initiative</i>

GLOSSAIRE

Continuum

Ensemble homogène d'éléments qui se succèdent d'une façon continue.

Collaboration

Toute « (...) forme d'entreprise commune – qu'il s'agisse de soins partagés, de soins en collaboration, d'un partenariat, d'un réseau, d'une coalition communautaire ou de diverses formes d'intégration – qui vise à favoriser l'atteinte d'un objectif commun comparativement à une personne ou une organisation agissant seule » [Comité directeur du projet collaboratif en toxicomanie et en santé mentale, 2015].

Intégration organisationnelle

Fusion complète des organisations tant sur le plan administratif qu'au niveau des soins et services dispensés fournis aux clients.

Intégration de type vertical

« Soins clinique et psychosocial intégrés assurés soit par des équipes situées en un même lieu ou bien coordonnées, soit dans le cadre d'accords de collaboration entre deux prestataires ou plus, garants de l'accès aux services, d'un soutien ainsi que d'une réelle continuité des soins » [Co-occurring Centre of Excellence cité et traduit par Rush et Nadeau, 2012].

Intégration de type horizontal

Ce niveau d'intégration « (...) comprend les fonctions à l'échelle des systèmes que les gouvernements et (ou) régies régionales de la santé doivent assurer pour soutenir les services intégrés. Elle comprend également les éléments de soutien nécessaires : stratégie, leadership, financement, évaluation du rendement et imputabilité, gestion de l'information et des ressources humaines, recherche et partage des compétences, etc. » [Change Foundation cité et traduit par Rush et Nadeau, 2012].

Pairs-aidants

Personnes qui interviennent « (...) auprès d'autres personnes ayant vécu des difficultés similaires » [Komaroff et Perreault, 2013, p. 43].

Programmes

« Ensemble d'activités utilisant des ressources humaines, matérielles et financières en vue de produire des services particuliers pour une clientèle identifiée [sic (définie)], afin d'atteindre des objectifs déterminés » [Midy *et al.*, 1998].

Service

« Organisme, partie d'un organisme, d'une administration, d'un établissement ou groupe d'organismes, destiné à fonctionner pour un usage déterminé, dans l'intérêt de l'État, du public ou de l'ensemble dont il fait partie » [OQLF, 1967].

Services de première ligne

« Les services de première ligne sont le premier niveau d'accès et ils s'appuient sur des infrastructures légères. De plus, les services de première ligne regroupent deux grands types de service : les services généraux qui s'adressent à l'ensemble de la population et les services spécifiques pour des problématiques particulières (jeunes en difficulté, déficience intellectuelle, dépendances, maladies chroniques, etc.). À l'intérieur de ces deux grands types de service, on retrouve des activités de promotion-prévention et des activités cliniques et d'aide » [MSSS, 2004].

Services de deuxième ligne

« Le deuxième niveau d'accès regroupe les services de deuxième ligne, ces derniers sont, dans la plupart des cas, des services spécialisés. Ils sont organisés sur une base régionale et offerts sur une base locale ou régionale. Ils permettent de résoudre des problèmes sociaux et de santé ainsi que des problématiques complexes. Ils s'appuient généralement sur une infrastructure importante et une technologie avancée ainsi que sur une expertise pointue, mais qui demeure toutefois répandue. Pour la grande majorité de ces services, les professionnels interviennent auprès des personnes qui leur sont référées [sic], en soutien auprès des intervenants des services de première ligne, et agissent comme consultants auprès de ces derniers. Cependant, dans le secteur des jeunes en difficulté, bien que la Direction de la protection de la jeunesse offre des services spécialisés, elle constitue aussi une porte d'entrée en vertu des lois en vigueur » [MSSS, 2004].

Services de troisième ligne

« Le troisième niveau d'accès regroupe les services de troisième ligne, ces derniers sont, habituellement, des services surspécialisés. Ils sont organisés sur une base nationale, mais ils peuvent être accessibles sur une base régionale ou même, exceptionnellement, sur une base locale. Ces services, accessibles habituellement sur référence, s'adressent à des personnes ayant des problèmes très complexes, dont la prévalence est très faible. Ils s'appuient sur des technologies, des expertises et des équipements sophistiqués et rares » [MSSS, 2004].

Traitements intégrés (TI)³

Dans les études analysées, les traitements intégrés se réfèrent à des traitements axés à la fois sur le trouble mental et sur le trouble lié à l'utilisation de substances psychoactives, par opposition à des traitements ciblant l'un et l'autre de ces troubles de façon séquentielle ou parallèle. Cette intégration peut se situer sur le plan des interventions, des équipes traitantes ou encore, des programmes fournis aux personnes aux prises avec des troubles concomitants.

³. Il est à noter qu'aucune des 35 études portant sur l'efficacité des traitements intégrés n'a été réalisée au Québec, de sorte qu'il est impossible d'établir si les interventions en question relèvent ou non de la Loi 21 qui encadre l'exercice de la psychothérapie. Dans plusieurs cas, toutefois, ce sont des psychologues ou des cliniciens ayant une formation de deuxième cycle qui ont administré les traitements intégrés à l'étude. L'annexe C3 documente, lorsqu'elle était disponible, l'information sur le type de professionnels concernés dans la dispensation des traitements intégrés.

Traitements non intégrés (TNI)

Les traitements non intégrés font référence à des traitements qui se concentrent uniquement sur le trouble mental ou sur le trouble lié à l'utilisation de substances psychoactives ou encore, au traitement séquentiel ou parallèle de ces troubles par différents prestataires de soins, et ce, de façon indépendante.

Traitements usuels en santé mentale

Dans les études analysées, le traitement usuel en santé mentale réfère généralement au traitement pharmacologique et au suivi psychiatrique / psychologique fournis par une équipe multidisciplinaire lors d'un séjour hospitalier ou dans un contexte de soins ambulatoires.

Troubles concomitants

En général, les personnes ayant des « troubles concomitants » représentent les personnes aux prises avec une combinaison de troubles mentaux, émotionnels et psychiatriques et des problèmes d'abus d'alcool et (ou) de drogues psychoactives et (ou) de jeu [adapté de Santé Canada, 2002, p. 8 et de American Psychiatric Association, 2013, p. 585].

Il est à noter que la notion de trouble se réfère à un ensemble de symptômes, dont la présentation, la composition et l'évolution sont conformes aux critères diagnostiques établis pour un trouble donné, selon une classification diagnostique reconnue (DSM, ICD/CIM). L'expression « troubles concomitants » se veut toutefois plus inclusive et englobe les personnes ayant fait l'objet d'une évaluation diagnostique dont les symptômes sont de l'ordre du trouble, les personnes dont les symptômes sont considérés comme étant sous le seuil clinique requis pour l'établissement d'un diagnostic de trouble, ainsi que les personnes présentant des problèmes de santé mentale ou de consommation de substances psychoactives n'ayant pas fait l'objet d'une évaluation diagnostique.

Troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives

Le terme « troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives » indique « (...) la présence d'un diagnostic d'abus ou de dépendance aux substances psychoactives (alcool et autres drogues) (DSM-IV) ou d'un syndrome de dépendance et utilisation nocive (CIM-10) ou bien à un diagnostic probable de ces derniers (...) » [CRDM-IU, 2015, p. 4].

Troubles mentaux graves

Troubles mentaux répondant aux critères d'une classification diagnostique reconnue (DSM, ICD / CIM). « (...) les troubles mentaux sont qualifiés de graves lorsqu'ils sont associés à un niveau d'incapacité qui interfère de façon significative dans les relations interpersonnelles, les compétences sociales de base et la capacité fonctionnelle dans la production du travail » [MSSS, 2005]. Dans les études, les troubles mentaux graves englobent les troubles schizophréniques et les autres troubles mentaux sévères et persistants tels que les troubles bipolaires et certains troubles dépressifs.

Troubles mentaux modérés

Troubles mentaux répondant aux critères d'une classification diagnostique reconnue (DSM, ICD / CIM). « (...) les troubles mentaux sont dits modérés s'ils répondent à certains critères de diagnostic, sont suffisamment importants pour entraver le fonctionnement habituel d'une

personne et nécessitent un traitement, selon les standards professionnels largement reconnus. » [MSSS, 2005]. Les troubles mentaux modérés les plus courants sont la dépression majeure et les autres troubles dépressifs et les troubles anxieux.

Troubles schizophréniques

Troubles mentaux répondant aux critères d'une classification diagnostique reconnue (DSM, ICD / CIM). Les troubles schizophréniques englobent généralement les troubles mentaux suivants : schizophrénie, trouble schizo-affectif, trouble délirant, autres psychoses non affectives et non organiques.

INTRODUCTION

Contexte de la demande

Les problèmes de santé mentale et de dépendance ont tendance à coexister. En effet, les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives sont fréquents chez les personnes qui ont reçu un diagnostic de trouble mental, alors que les problèmes de santé mentale sont courants chez les personnes qui ont eu un diagnostic d'abus ou de dépendance à une substance psychoactive. Plusieurs concepts sont utilisés pour faire référence à la présence simultanée des troubles mentaux et des troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives : double diagnostic, double problématique, comorbidité, troubles concurrents et troubles concomitants. Ce dernier concept est retenu par Santé Canada depuis 2002 puisqu'il fait référence à la possibilité qu'il y ait plusieurs troubles chez une même personne (la pluralité des troubles), plutôt qu'il n'y en ait que deux (la dualité des troubles). Les troubles concomitants sont ainsi définis comme étant « (...) l'association de troubles mentaux, émotionnels et psychiatriques avec une consommation excessive d'alcool ou d'autres drogues psychoactives » [Santé Canada, 2002, p. V]. Afin de comprendre la problématique dans sa globalité et de refléter la réalité et la complexité des problématiques rencontrées dans les milieux de pratique, il est important de mentionner que les troubles concomitants font aussi référence à la conjugaison de problèmes, diagnostiqués ou non, et à des manifestations qui peuvent se situer sous le seuil clinique établi dans les classifications diagnostiques reconnues (DSM, CIM / ICD).

Les personnes présentant un trouble concomitant en santé mentale et en dépendance font plus fréquemment appel aux services sociaux et aux services de santé, de sorte que la prévalence de ces troubles y est encore plus élevée que dans la population générale. Dans les services en psychiatrie, estiment Drake et ses collaborateurs [2001], environ 50 % des utilisateurs présentent des troubles liés à l'utilisation de substances, en plus d'avoir des troubles mentaux. Dans les centres de réadaptation en dépendance, la proportion de personnes ayant un trouble mental s'élève à au moins 50 % [Fleury *et al.*, 2012]. D'un point de vue clinique, il est essentiel de porter une attention spéciale aux personnes qui ont des troubles concomitants en santé mentale et en dépendance. Elles présentent effectivement davantage de problèmes associés que celles qui ont un seul trouble; elles sont plus à risque que les autres de faire des tentatives de suicide, d'être hospitalisées, de subir des blessures ou de devenir itinérantes [McGinty *et al.*, 2013; Schmidt *et al.*, 2011; Drake *et al.*, 1991]. Elles ont aussi tendance à abandonner davantage les traitements, à rechuter plus fréquemment, à faire plus de demandes de services et elles ont un moins bon pronostic à la suite d'un traitement [Schmidt *et al.*, 2011; Xie *et al.*, 2005; Landry *et al.*, 2001]. Du côté organisationnel, et bien que les personnes présentant des troubles concomitants soient nombreuses dans les services en santé mentale et en dépendance et qu'elles présentent des problèmes associés particuliers, ces personnes sont fréquemment traitées uniquement pour l'un ou l'autre de ces troubles. Les voies d'accès à ces soins étant souvent distinctes et cloisonnées, leurs troubles sont rarement évalués et traités de façon simultanée ou selon la séquence appropriée.

En 2005, le *Plan d'action en santé mentale (PASM) – La force des liens* [MSSS, 2005] donnait, entre autres, l'objectif d'établir une collaboration entre les programmes en santé mentale et ceux en dépendance. En 2007, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a émis des orientations propres aux problématiques de toxicomanie et de santé mentale. Dans le cadre du

Programme-services Dépendances [MSSS, 2007], il a été établi que les personnes ayant des problèmes de santé mentale et de dépendance devaient être orientées de façon prioritaire vers les centres de réadaptation en dépendance lorsque la gravité du problème de consommation correspond à un diagnostic d'abus ou de dépendance. Il reconnaît ainsi que le Programme-services Dépendances doit s'harmoniser avec les services offerts en santé mentale, notamment en vue d'assurer l'accessibilité aux soins et services. Le MSSS encourage également les services de première ligne en santé mentale à implanter des soins de collaboration [MSSS, 2011a]. Dans l'évaluation du PASM, le MSSS [2012] dresse un portrait des réalisations et des défis pour les clientèles ayant un diagnostic de comorbidités (qui comprennent les troubles concomitants de santé mentale, de dépendance ou de déficience intellectuelle). Cette évaluation mentionne que seulement le tiers des régions possède une offre de services adaptée à la clientèle présentant des comorbidités, un autre tiers est en démarche d'organisation des services, alors que le dernier tiers éprouve des lacunes dans l'organisation de ses services en santé mentale et en dépendance. Plusieurs initiatives sont implantées à l'échelle régionale, toutefois il semble difficile d'offrir au même endroit des services permettant de traiter l'ensemble des problèmes ou d'établir des collaborations entre les différents programmes en place [MSSS, 2012].

L'évaluation du PASM dresse également un constat concernant l'implantation d'un guichet d'accès unique en santé mentale (GASM) dans les centres de santé et de services sociaux (CSSS). En principe, ce guichet a pour objectif d'évaluer les troubles mentaux et de donner accès aux services de première et de deuxième lignes en santé mentale aux personnes qui les nécessitent. Les résultats de l'évaluation du PASM révèlent qu'en pratique, la mise en place de ces guichets d'accès est incomplète et que le manque de personnel en santé mentale rend l'accès à ces services difficile. De plus, les professionnels des services en dépendance ne peuvent diriger la clientèle vers les services de première et de deuxième lignes en santé mentale, lorsque cela est nécessaire, ou faire appel directement à ces services. La clientèle doit d'abord être évaluée au GASM et ensuite être dirigée vers les services appropriés. Malgré les orientations ministérielles visant à améliorer les services, plusieurs régions ont encore de la difficulté à établir des collaborations entre les systèmes en santé mentale et en dépendance et, par conséquent, de traiter adéquatement les personnes présentant des troubles concomitants.

C'est dans ce contexte que l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ⁴) a demandé à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) d'identifier les modèles de dispensation des soins et services pouvant répondre aux besoins des personnes présentant des troubles concomitants en santé mentale et en dépendance. Il est à noter que les études conduites sur des populations en milieu carcéral ainsi que celles menées exclusivement auprès de personnes mineures ne sont pas traitées dans le cadre du présent avis. Cette décision est motivée par le fait que ces populations font généralement appel à des structures de services et à des trajectoires de soins particulières et distinctes de celles desservant la population adulte avec des troubles concomitants qui est l'objet du présent avis.

⁴. L'ACRDQ a été dissoute le 1^{er} avril 2015, à la suite de la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux (Loi 10).

1 MÉTHODOLOGIE

1.1. Questions et méthodes de recherche

Les questions de recherche formulées dans le plan de réalisation initial du présent avis étaient les suivantes :

- Question 1 : Quels sont les différents modèles de dispensation de soins et services aux personnes avec des troubles concomitants qui sont efficaces et sécuritaires?
- Question 2 : Quels sont les différents modèles de dispensation de soins et services aux personnes avec des troubles concomitants qui ont été implantés et évalués dans d'autres juridictions?
- Question 3 : Quelles sont les conditions de mise en place de ces modèles?

L'exploration de la littérature sur le sujet nous a rapidement permis de constater que la dimension de l'efficacité porte généralement sur les traitements offerts au sein des différents modèles de dispensation des soins et services aux personnes qui ont des troubles concomitants plutôt que sur les modèles de dispensation en soi. La question d'efficacité a donc été reformulée afin de préciser les composantes des modèles de dispensation des soins et services visés par cette évaluation. L'examen de la littérature nous a également permis de constater que les conditions de mise en place des modèles ne faisaient pas l'objet d'une littérature distincte, mais étaient abordées dans le contexte de présentation générale des différents modèles de dispensation des soins et services aux personnes ayant des troubles concomitants. Il est également à noter que la notion de sécurité ou d'innocuité est très peu utilisée dans la littérature en matière d'intervention de nature psychosociale. Par conséquent, le terme sécuritaire a été retiré de la troisième question de recherche. Pour toutes ces raisons, les questions de recherche ont été reformulées de la manière suivante :

- Question 1 : Quels sont les différents modèles de dispensation des soins et services, et conditions de mise en place de ces modèles, qui ont été développés pour les personnes avec des troubles concomitants?
- Question 2 : Comment s'organise la dispensation des soins et services en rapport aux troubles concomitants au sein d'autres juridictions et au Canada?
- Question 3 : Quels traitements et interventions utilisés dans le cadre de ces modèles sont efficaces?

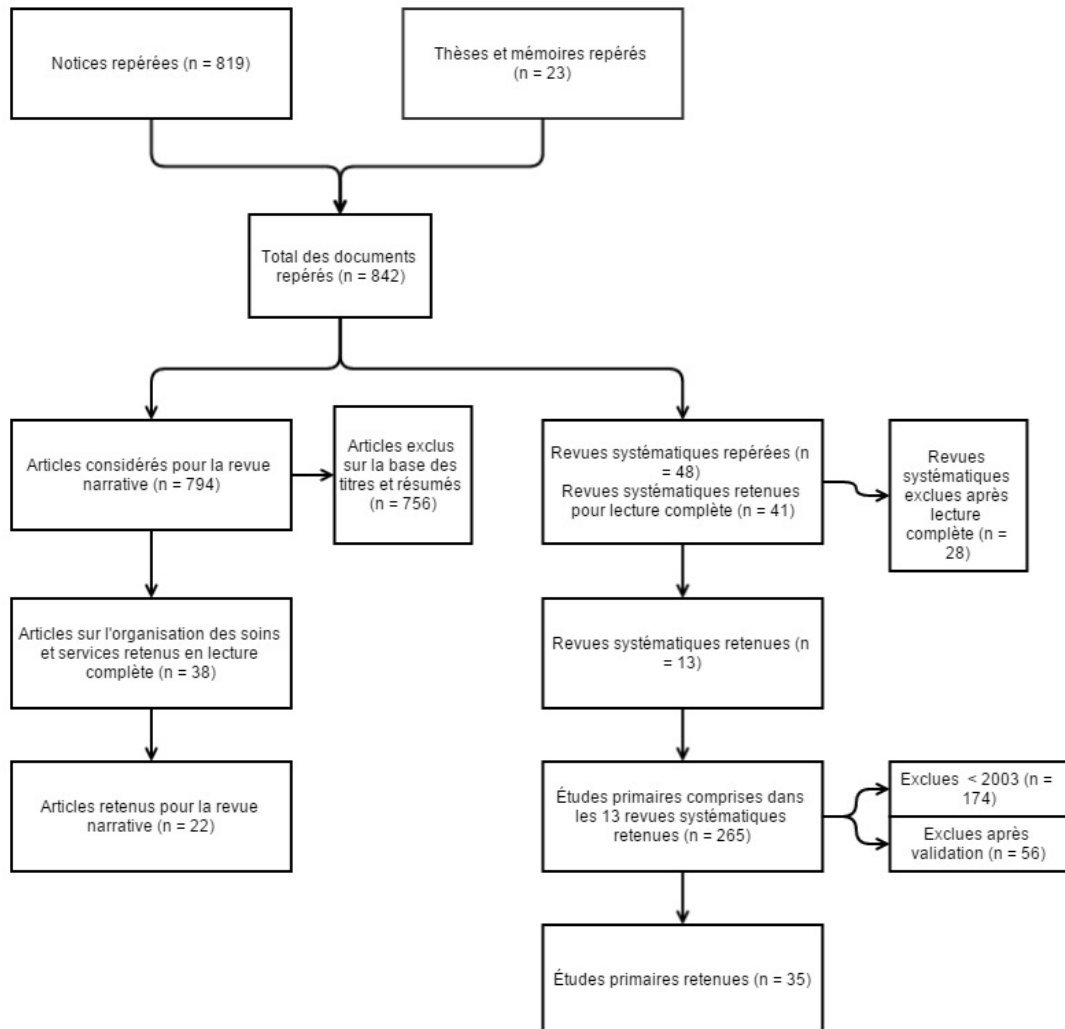
La méthodologie initiale a également été adaptée en fonction des éléments énoncés ci-dessus. Ainsi, la question 1 a fait l'objet d'une revue narrative de la littérature – plutôt que d'une revue systématique – tout comme la question 2. Seule la question 3 portant sur l'efficacité a donné lieu à une revue systématique de la littérature. De plus, en raison de l'abondance de la littérature sur les traitements dits intégrés et de leur caractère disparate, il a été convenu d'effectuer une « revue de revues » plutôt qu'une revue systématique à partir d'études primaires. Cette option a été privilégiée parce qu'elle permet de dresser un portrait des données probantes existantes sur l'efficacité de différentes interventions même si celles-ci n'ont pas fait l'objet de comparaisons directes.

1.2. Sélection, évaluation de la qualité et extraction des données

1.2.1. Sélection des études

Les trois questions de recherche étant inclusives, une seule stratégie de recherche a été utilisée pour y répondre plutôt qu'une stratégie propre à chacune des questions. De plus, il était préférable de ne pas trop préciser la recherche afin d'éviter de laisser pour compte des études qui pouvaient être pertinentes. L'annexe A1 fait état de la stratégie documentaire utilisée pour le repérage de la littérature scientifique et de la littérature grise. Cette stratégie a été appliquée aux bases de données MEDLINE, PsycINFO, EBM Reviews et CINAHL, et a permis de retenir 842 titres et résumés. Le repérage des documents pertinents a été complété à l'aide de la méthode boule de neige et de consultations de sites Internet de diverses sociétés savantes et organisations d'intérêt. Ces démarches ont permis de repérer d'autres publications. Le processus de sélection de la littérature est décrit ci-dessous à l'aide d'un diagramme de flux.

Figure 1 Diagramme de flux



Questions 1 et 2 : La littérature portant sur les modèles de dispensation des soins et services aux personnes avec des troubles concomitants a été sélectionnée dans la mesure où elle traitait : 1) de l'organisation et (ou) de la dispensation des soins et services, et 2) de soins et services destinés aux personnes qui ont des troubles concomitants. Sur les 842 notices repérées dans les bases de données documentaires, 756 ont été exclues sur la base des titres et résumés et 38 documents ont été sélectionnés pour lecture complète (SO, ML). De ce nombre, 22 ont été jugés pertinents et ont été retenus pour la revue narrative (SO). Les annexes A3 et A4 fournissent la liste des documents exclus et retenus après lecture complète.

Question 3 : Les 842 notices repérées dans les bases de données documentaires comportaient 41 revues de littérature sur l'efficacité des traitements intégrés. De ce nombre, 28 ont été exclues et 13 revues systématiques ont été sélectionnées de façon indépendante par les professionnels aux dossiers (EK, HG, MG, SO) sur la base des critères PICOTS suivants :

Population : adultes présentant un trouble lié à l'utilisation de substances psychoactives et un trouble mental. Les études / revues conduites auprès de populations captives sont exclues.

Intervention : traitements intégrés (TI), c'est-à-dire : interventions, programmes ou services présentant un niveau d'intégration variable, visant à intervenir à la fois sur le problème de dépendance et le trouble mental, y compris les TI combinant un agent pharmacologique à des interventions psychosociales chez les personnes ayant des troubles concomitants.

Comparateur : traitements non intégrés (TNI), c'est-à-dire : traitements usuels en santé mentale ou interventions en dépendance ciblant uniquement ou principalement le trouble mental ou le trouble lié à l'utilisation de substances psychoactives. Dans certains cas, le comparateur est un traitement intégré qui diffère du traitement expérimental de par ses composantes ou intensités.

Résultats (Outcomes) : toute mesure en lien avec la consommation de substances psychoactives et l'état mental de la personne qui comprennent les éléments suivants, sans s'y restreindre : quantité, fréquence et sévérité de la consommation, échelles portant sur les aspects motivationnels liés à la consommation, périodes d'abstinence, échelles de symptômes psychologiques, rechutes, hospitalisations, fonctionnement psychosocial, adhésion au traitement.

Horizon temporel (Timing) : 10 dernières années (2003 - 2014).

Contexte / études (Setting / studies) : traitements offerts dans des établissements institutionnels ou résidentiels, services de première ligne, spécialisés ou communautaires en santé mentale ou en dépendance. Revues de langue anglaise ou française. Seules les revues systématiques ont été retenues.

1.2.2. Évaluation de la qualité

Questions 1 et 2 : La qualité des études qualitatives et l'évaluation de programmes et autres rapports en lien avec les questions 1 et 2 ont été évaluées en simple par différents professionnels (EK, HG, MG, SO) à l'aide de la grille *Critical Appraisal Skills Programme – CASP* [2013]. Celle-ci, fournie à l'annexe B1, a été choisie en raison de sa grande polyvalence.

Question 3 : La qualité des revues systématiques a été évaluée en tandem par les professionnels assignés au dossier (EK, HG, MG, SO) à l'aide de la grille AMSTAR [Shea *et al.*, 2007], présentée à l'annexe B2. La qualité des études primaires repérées à partir des revues systématiques a été évaluée à l'aide de la grille CASP conçue pour les études cliniques à répartition aléatoire (annexe B3).

1.2.3. Extraction des données

Questions 1 et 2 : Les données portant sur les modèles de dispensation des soins et services aux personnes ayant des troubles concomitants ont été extraites à l'aide d'une grille de collecte structurée (voir l'annexe B4). Celle-ci a été élaborée dans le but de documenter les principaux éléments relatifs à l'organisation et (ou) à la dispensation des soins et services aux personnes qui ont des troubles concomitants tels que la composition des équipes de travail, les barrières organisationnelles, les facteurs facilitants de même que l'applicabilité dans le contexte québécois. Les données ont été extraites en simple par les quatre professionnels assignés au dossier (EK, HG, MG, SO). Les informations extraites ont ensuite été analysées et bonifiées lorsqu'elles étaient requises par un seul professionnel (SO).

Question 3 : Les données qui concernent l'efficacité des traitements intégrés ont été extraites à partir des informations fournies dans les 13 revues systématiques par les professionnels assignés au dossier (EK, HG, MG, SO) à l'aide d'une grille préétablie (voir l'annexe B5). Les critères PICOTS utilisés pour sélectionner les revues ont ensuite été appliqués aux 265 études recensées dans celles-ci. De ce nombre, 174 études ont été exclues parce qu'elles avaient été publiées avant 2003. Sur les 91 études restantes, et selon les informations fournies dans les revues systématiques, 45 études ne répondaient pas aux critères PICOTS établis et n'ont pas été considérées lors de l'extraction. Les données extraites par les professionnels ont ensuite été validées par une professionnelle non assignée au dossier (IB). Cette validation a mis en lumière certaines contradictions sur les données rapportées par différentes revues sur une même étude ainsi qu'une grande variabilité entre les revues sur la nature des résultats rapportés. Une seconde validation des données, et extraction, lorsque celle-ci était requise, a donc été effectuée par la coordonnatrice scientifique (ML) à partir cette fois-ci des publications originales des études primaires. Onze études supplémentaires ont été exclues à cette étape. L'annexe A6 fait état des motifs d'exclusion des 56 études primaires non retenues à l'une ou l'autre de ces étapes. Finalement, l'annexe A7 fournit la liste des 35 études primaires retenues et leur degré de couverture (doublons) dans les différentes revues systématiques.

1.3. Méthode d'analyse des résultats

Questions 1 et 2 : Les résultats de la revue narrative portant sur les modèles de dispensation des soins et services aux personnes présentant un trouble concomitant en santé mentale et en dépendance sont fournis sous forme d'une synthèse descriptive.

Question 3 : Les résultats issus des 13 revues systématiques et des 35 études primaires repérées à partir de celles-ci sont également présentés sous forme d'une synthèse descriptive. En effet, le haut niveau d'hétérogénéité de ces études ne se prêtait pas à une analyse quantitative des résultats (méta-analyse). Une analyse comparative a tout de même été effectuée afin de dégager des tendances dans les résultats obtenus à travers les études. Pour ce faire, une étude a été considérée comme ayant obtenu un résultat en faveur du traitement intégré si elle avait

obtenu au moins un résultat statistiquement significatif pour réduire la consommation de substances psychoactives ou améliorer les signes et symptômes cliniques des troubles mentaux.

Des analyses comparatives ont été réalisées par la suite par le biais de diverses classifications des 35 études, en fonction des éléments d'intérêt suivants : type de services, flexibilité des traitements intégrés, niveau d'intégration verticale, nature des traitements intégrés (composantes, format d'administration, durée et intensité du traitement) et du comparateur utilisé, type de trouble mental et type de dépendance.

1.4. Consultation des parties prenantes

Comité de suivi

Un comité de suivi, composé de représentants d'organismes gouvernementaux et professionnels, a accompagné l'INESSS dans l'élaboration de l'avis sur les modèles de dispensation. À cette fin, le Comité s'est rencontré à trois reprises. Il a notamment contribué aux orientations initiales du projet, aux orientations prises en cours de réalisation ainsi qu'à l'atteinte des objectifs du projet. Les membres du Comité se sont également prononcés sur la pertinence des recommandations élaborées en collaboration avec le Comité consultatif.

Comité consultatif

Un comité consultatif, composé de membres indépendants, a également été formé dans un objectif de diversité professionnelle et géographique. Il regroupe des personnes dont la crédibilité scientifique de même que les connaissances et les expériences cliniques ou de gestion sont reconnues. Celles-ci proviennent notamment des disciplines de la psychiatrie, de la psychologie, de la médecine familiale et des soins infirmiers. Une personne a aussi siégé au Comité à titre de pair-aidant. Le Comité consultatif s'est rencontré à deux reprises. Ces rencontres avaient pour objectif d'assurer la pertinence et la faisabilité des recommandations, notamment en apportant la perspective du milieu de soins ainsi que du contexte organisationnel et légal. À cette fin, les membres ont offert de la rétroaction aux différentes étapes du projet, entre autres sur les questions clés, les résultats de la revue de littérature, les résultats de la revue narrative sur l'organisation des services dans certains pays et les défis que pose la prise en charge des personnes présentant un trouble concomitant en santé mentale et en dépendance. Ils ont également participé au processus délibératif ayant conduit à l'élaboration des recommandations et se sont prononcés sur les produits de transfert de connaissances.

1.5. Méthode d'analyse et de synthèse de l'ensemble des données

À la suite d'une revue des revues systématiques, d'une revue narrative et avec l'apport des premières rencontres des Comités, des propositions de recommandations ont été formulées, appuyées par un argumentaire scientifique. Les Comités et les lecteurs externes ont ensuite pu se prononcer sur l'ensemble du document, y compris les annexes. Les conclusions et les recommandations ont été reformulées en tenant compte de l'ensemble de ces commentaires. Les recommandations, et l'avis dans son ensemble, ont été présentés au Comité scientifique permanent en santé et en services sociaux de l'INESSS et les commentaires de leurs membres, intégrés dans la version finale de l'avis.

2 RÉSULTATS

La littérature portant sur les soins et services fournis aux personnes qui présentent des troubles concomitants est caractérisée par une abondance de concepts et une vaste terminologie. Une telle disparité entraîne des glissements de sens et de la confusion relativement aux niveaux et aux types de soins et de services dont il est question. Le cadre d'analyse élaboré par Merkes et ses collaborateurs [2010] remédie à cette lacune. Ce cadre a été créé dans la foulée de travaux visant à brosser un portrait des soins et services relatifs aux troubles concomitants, basé sur les divers soins et services fournis en Australie. Une revue de la littérature portant sur les modèles de dispensation, les cadres de référence et l'implantation des soins et services relatifs aux troubles concomitants appuie aussi sa réalisation.

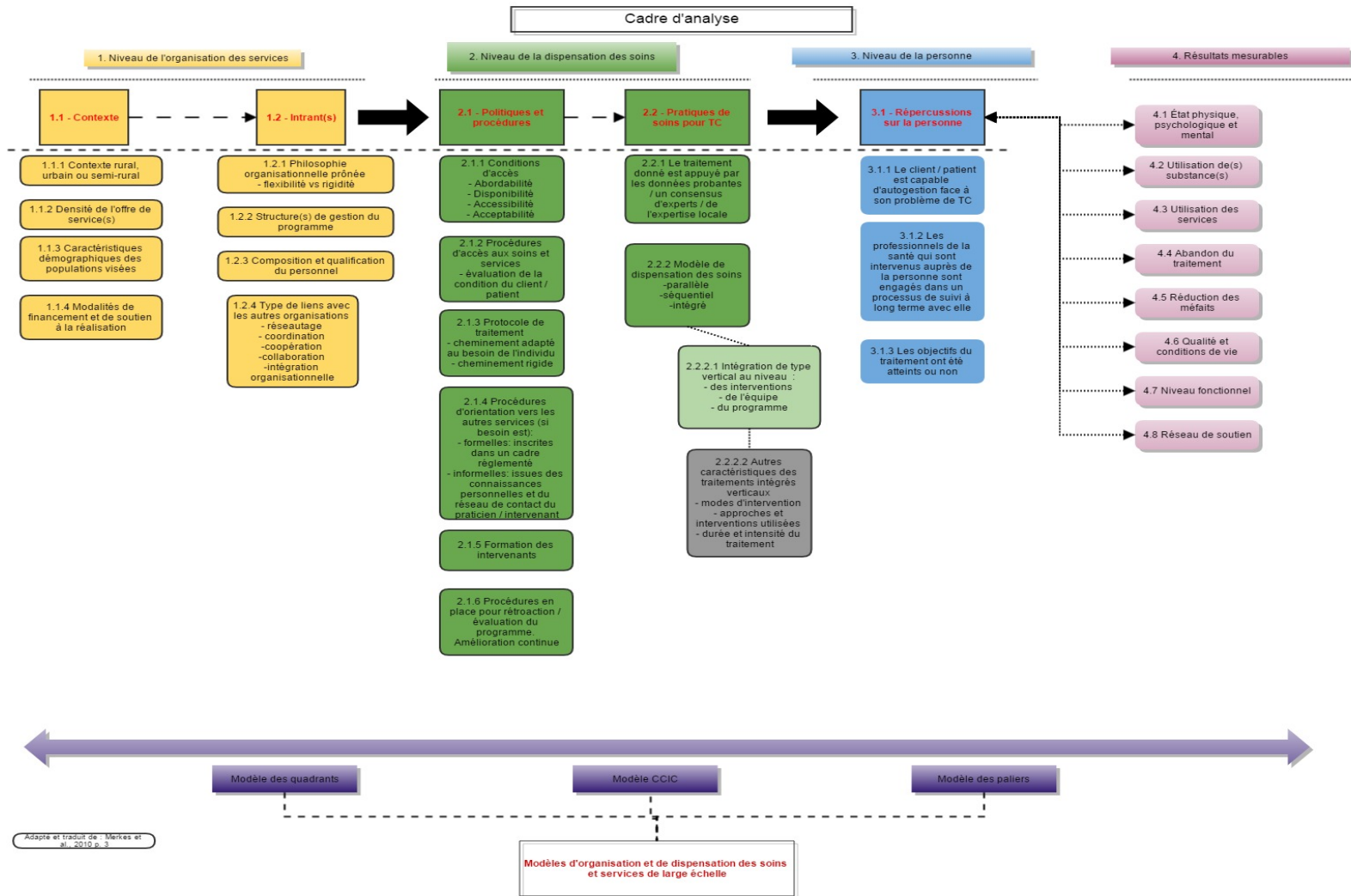
Le cadre d'analyse présenté à la figure 1 est donc basé sur celui de Merkes et de ses collaborateurs [2010]. Celui-ci a été traduit et bonifié d'éléments additionnels ajoutés dans le cadre de nos travaux. Ce cadre d'analyse présente plusieurs avantages; il permet notamment :

1. De cartographier, dans un tout cohérent, les éléments à l'intérieur d'un système de santé liés à la dispensation des soins et services relatifs aux troubles concomitants;
2. De comprendre que la problématique des troubles concomitants est fluide et dynamique et qu'elle s'inscrit dans un continuum où chacun des éléments étudiés, qu'il soit en lien avec l'efficacité des traitements ou l'organisation des services, fait partie intégrante d'une totalité appelée à changer selon les contextes et les conjonctures;
3. De situer les différents concepts et éléments abordés dans le cadre du présent avis, tant en ce qui a trait à l'organisation et à la dispensation des soins et services aux personnes qui ont des troubles concomitants, qu'aux aspects d'efficacité s'y rattachant.

Le cadre d'analyse se découpe en quatre grands niveaux et en six composantes spécifiques. Le niveau d'organisation des services regroupe les éléments liés : 1) au *contexte*, représentant les facteurs géographiques, la densité de la population ainsi que les cadres de fonctionnement qui régulent le financement des divers programmes, organismes et établissements liés aux troubles concomitants, ainsi que 2) les *intrants* qui démontrent comment sont organisés les soins autant au niveau du type d'organisation et d'établissement qu'au niveau des modes de collaboration qui les lient (ou non) ensemble. La dispensation des soins englobe 3) *les politiques et procédures* qui déterminent comment on accède aux soins et services et la manière dont ceux-ci sont organisés et fournis par les prestataires de soins, de même que 4) *les pratiques de soins pour les troubles concomitants* ainsi que les justifications, contextuelles et probantes, qui appuient leur administration. Au niveau de la personne présentant un trouble concomitant, on retrouve 5) *les répercussions sur le client*, soient les conséquences, positives et négatives, de la dispensation d'un traitement ainsi que 6) *les résultats mesurables* du traitement, en matière d'efficacité.

Les résultats documentés dans le présent avis ne portent pas sur tous les éléments du cadre conceptuel présenté à la figure 1, mais sur certains d'entre eux seulement. Afin d'en faciliter le repérage, ceux-ci ont été numérotés dans la figure et sont référencés à l'aide des mêmes numéros dans le texte.

Figure 2 Cadre d'analyse



2.1. Question 1 : Quels sont les différents modèles de dispensation des soins et services et conditions de mises en place de ces modèles, qui ont été développés pour les personnes avec des troubles concomitants?

Les résultats obtenus en réponse à cette question proviennent de l'analyse des 22 articles scientifiques et documents de littérature grise répondant aux critères de sélection préétablis. Parmi ces 22 documents, on retrouve 13 études d'observation, 4 études qualitatives, 2 thèses de doctorat, 2 mémoires de maîtrise ainsi qu'une étude de faisabilité. D'autres documents retenus grâce à des stratégies de repérage secondaires, et donc non compris dans la sélection initiale, ont été utilisés afin de compléter les résultats. La bibliographie du présent avis fait état de toutes ces références.

2.1.1 Niveau d'organisation des services

Les éléments en lien avec le niveau de l'organisation des services qui ont été documentés dans la littérature recensée portent sur le contexte (voir la colonne 1.1 du cadre d'analyse) ainsi que sur les types de liens entre les organisations offrant des services aux personnes présentant des troubles concomitants en santé mentale et en dépendance (voir la case 1.2.4 du cadre d'analyse).

2.1.1.1 Contexte et caractéristiques démographiques des populations visées

Le contexte (voir la colonne 1.1) est une notion dynamique qui incorpore diverses variables, autant populationnelles, sociales, historiques que politiques, et permet de brosser, dans une temporalité donnée, un portrait adéquat et général du climat dans lequel s'inscrit la dispensation des soins et services pour une problématique de santé donnée. Par exemple, les soins et services ne seront pas organisés et donnés selon les mêmes méthodes s'il s'agit d'une population composée de jeunes hommes aux prises avec des troubles mentaux graves par opposition à une population de large échelle où les cibles de traitement et de prise en charge sont diversifiées et ajustées en fonction d'un large éventail de personnes [Rush *et al.*, 2008].

Dans la littérature consultée, Moser et ses collaborateurs [2004] rappellent que l'implantation de services liés aux troubles concomitants ne peut être dissociée du contexte historique relatif à la santé mentale et à la dépendance. Les caractéristiques démographiques et sociales quant aux traitements à adopter et aux procédures à respecter doivent être connues, sans quoi les efforts mis de l'avant sont confrontés à des incompatibilités thérapeutiques et organisationnelles tant en ce qui concerne la clientèle rencontrée qu'en ce qui a trait aux intervenants assurant la dispensation des traitements. Toujours chez Moser et ses collaborateurs [2004], il est affirmé que la difficulté, en milieu rural, d'assurer la présence de personnel compétent connaissant les troubles concomitants et la complexité que peut engendrer la prise en charge des personnes ayant une combinaison de troubles constitue un obstacle majeur. De concert avec cette problématique, Novotna [2009] mentionne que l'accessibilité, en milieu rural, des services spécialisés relatifs aux troubles concomitants est souvent restreinte, ce qui par conséquent amène souvent le transfert des clientèles vulnérables vers des pôles de services plus importants.

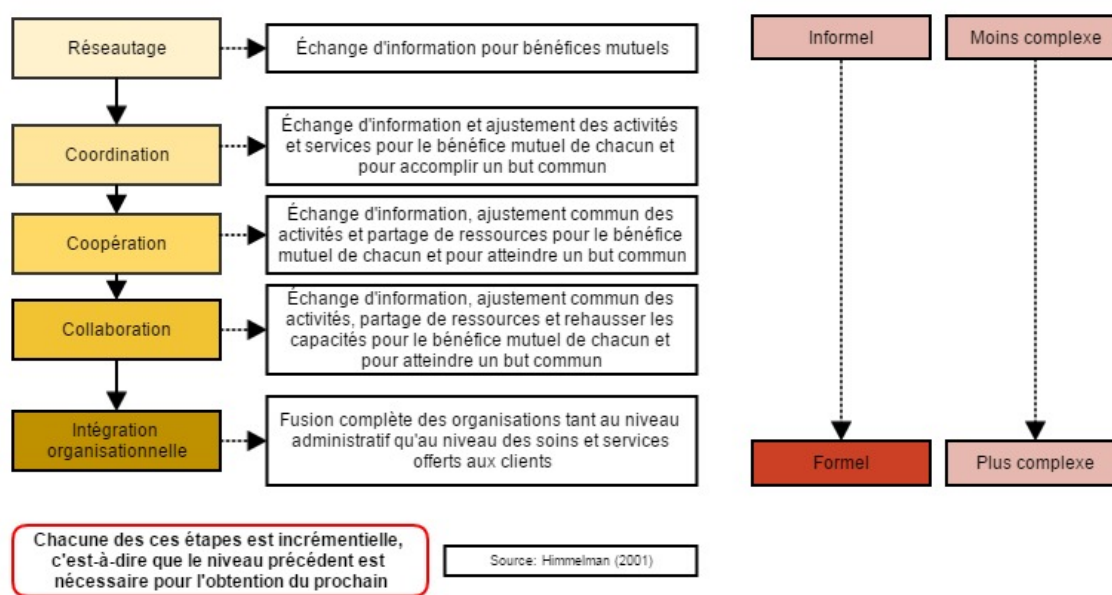
Pour leur part, Rush et ses collaborateurs [2008] divisent en deux la notion de contexte. D'un côté, ils placent le contexte externe, c'est-à-dire les stratégies, régionales, provinciales et nationales pour appréhender les diverses problématiques liées aux troubles concomitants, et de

l'autre, le contexte interne, c'est-à-dire les acteurs clés dans les hôpitaux, dans les organismes communautaires et sur le plan de la gestion des prestataires de soins en contact avec la clientèle.

2.1.1.2 Types de liens avec les autres organisations

La case 1.2.4 du cadre d'analyse, présentée plus en détail à la figure 2, montre qu'il peut exister, dans un contexte organisationnel donné, plusieurs types de liens unissant les prestataires de soins et d'autres formes d'organisations [Himmelman, 2002]. Il s'agit, selon la typologie d'Himmelman [2002], du réseautage, de la coordination, de la coopération, de la collaboration ainsi que de l'intégration organisationnelle. Parmi ces types de liens, deux retiennent plus particulièrement l'attention, soit la collaboration et l'intégration organisationnelle. La plupart des travaux récents sur les liens interorganisationnels en troubles concomitants portent d'ailleurs sur l'une ou l'autre de ces notions; elles constituent, à terme, les deux formes de liens interorganisationnels les plus formelles, complexes et abouties [Comité directeur du projet collaboratif en toxicomanie et en santé mentale, 2015; CRD Le Virage et CSSS Pierre-Boucher, 2012; Fleury *et al.*, 2012; Rush et Nadeau, 2012; Rush *et al.*, 2008].

Figure 3 Mécanismes de collaboration inter-organisationnels



La collaboration a été ciblée comme l'un des points saillants par plusieurs chercheurs et organisations afin d'améliorer et de bonifier de façon durable les soins et services liés aux troubles concomitants [Comité directeur du projet collaboratif en toxicomanie et en santé mentale, 2015; Bertrand *et al.*, 2014; Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2013; Lee *et al.*, 2013; Rush et Nadeau, 2012; Merkes *et al.*, 2010; Rush *et al.*, 2008]. Il s'agit cependant d'un concept utilisé pour justifier un état de fait qui, en l'absence de consensus sur sa signification réelle, peut signifier un large éventail de moyens et de stratégies. Le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (CCLT) propose une définition qui semble, à la lumière des publications consultées, être la plus à jour et la plus adaptée à la réalité des troubles concomitants : tout en gardant à l'esprit qu'elle peut être appelée à varier selon les contextes d'application, il s'agit de toute « (...) forme d'entreprise commune – qu'il s'agisse de soins partagés, de soins en collaboration, d'un partenariat, d'un réseau, d'une coalition

communautaire ou de diverses formes d'intégration – qui vise à favoriser l'atteinte d'un objectif commun comparativement à une personne ou une organisation agissant » [Comité directeur du projet collaboratif en toxicomanie et en santé mentale, 2015].

En ce qui concerne la pratique, les recherches australiennes de Merkes et ses collaborateurs [2010] et de l'Institut australien pour les soins primaires [Australian Institute for Primary Care, 2009] remarquent que malgré les diverses campagnes pan-nationales faisant la promotion de la collaboration, la plupart des liens interorganisationnels se font de manière informelle par la voie du réseautage (c.-à-d. un échange d'information aux fins de bénéfices mutuels). Il ne s'agit pas d'une situation nécessairement problématique, car selon les recherches d'Himmelman [2002], le réseautage constitue la porte d'entrée pour des liens interorganisationnels plus importants, plus réciproques et plus complexes. Provan et Sebastian [1998] ont d'ailleurs montré que ce type de lien interorganisationnel produisait des résultats plus directs et positifs chez la clientèle visée que la création d'ententes formelles et parfois contraignantes. Les travaux de Lee et ses collaborateurs [2013] indiquent aussi que les liens interorganisationnels les plus fructueux et complexes étaient, la plupart du temps, issus de relations préexistantes entre les prestataires de soins de même qu'entre les intervenants y travaillant.

Par ailleurs, Merkes et ses collaborateurs [2010] notent que les liens interorganisationnels entre les organisations de moyenne envergure se limitent souvent à de la coordination et à de la coopération sans nécessairement évoluer vers une intégration organisationnelle complète. Les contraintes logistiques, financières et organisationnelles nécessaires pour établir ce type d'intégration demeurent souvent trop grandes pour justifier les dépenses et les réorganisations nécessaires à son établissement [Merkes *et al.*, 2010].

2.1.2 Niveau de dispensation des soins

Le niveau de dispensation des soins englobe, dans le cadre d'analyse, les politiques et procédures encadrant la dispensation des soins (voir la colonne 2.1) de même que les pratiques de soins (voir la colonne 2.2), une fois que les clients ont été pris en charge par un prestataire de soins. Trois éléments du cadre d'analyse en lien avec la dispensation des soins aux personnes ayant des troubles concomitants ont été abordés dans la littérature recensée et sont présentés ici (voir les cases 2.1.3, 2.1.5, 2.2.1 et 2.2.2.).

Les protocoles de traitement, à la case 2.1.3, peuvent se traduire par un cheminement adapté aux besoins de la personne ou être hautement structurés et caractérisés par le cheminement rigide du client dans son plan de traitement. Rush et ses collaborateurs [2008], de même que le CRD le Virage et le CSSS Pierre-Boucher [2012], soulignent à cet égard qu'il peut être pertinent d'adapter les protocoles aux diverses sous-populations que l'on risque de rencontrer et qu'il est important de demeurer flexible et attentif aux besoins et aux motivations des personnes. Par exemple, dans des cas de concomitance graves, on pourra faire appel à un cheminement rigide basé sur des indicateurs de fidélité au traitement; il est souvent plus facile de procéder ainsi, car les personnes sont rattachées à un prestataire de soins en particulier. D'un autre côté, si la personne requiert des soins plus légers, elle pourra bénéficier d'un traitement de type parallèle ou séquentiel qui répond plus adéquatement à sa condition. Le guide d'accompagnement CRD-CSSS affirme d'ailleurs que l'adaptabilité des protocoles de traitement constitue un point saillant qu'il faut respecter et mettre en pratique [CRD Le Virage et CSSS Pierre-Boucher, 2012].

Quant à la formation (voir la case 2.1.5), Rush et ses collaborateurs [2008], ainsi que Kates et ses collaborateurs [2010], affirment de front qu'elle demeure une composante essentielle pour

assurer des soins et services de qualité aux personnes dans le besoin. De plus, avec l'évolution rapide de la problématique des troubles concomitants, tant en ce qui a trait aux traitements qu'à l'organisation des services, la formation doit répondre, selon le CCISC, aux intervenants comme aux gestionnaires, afin de favoriser l'amélioration continue des pratiques dans un climat collaboratif et d'ouverture à la discussion [Comité directeur du projet collaboratif en toxicomanie et en santé mentale, 2015].

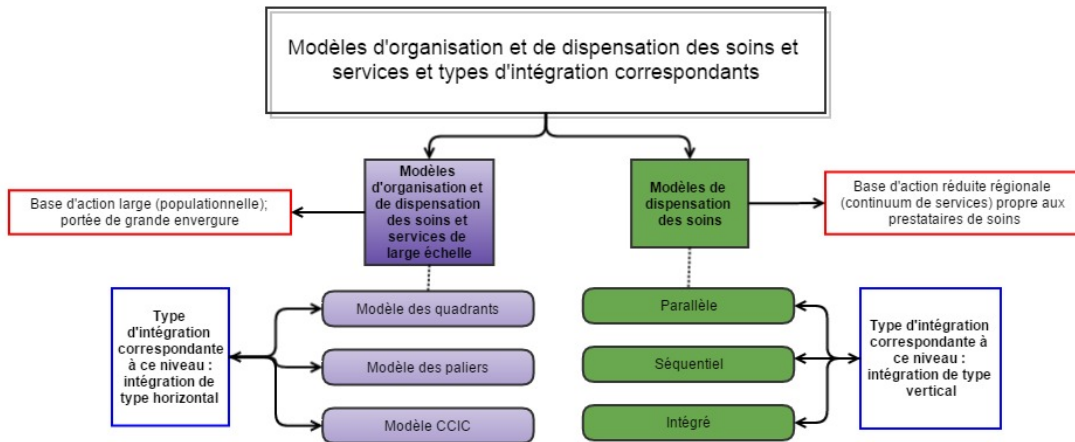
Les pratiques de soins relatives aux troubles concomitants peuvent aussi s'appuyer sur des données probantes, un consensus d'experts ou une expertise régionale (voir la case 2.2.1). La question des données probantes soutenant certaines pratiques de soins relatives aux troubles concomitants est d'ailleurs abordée en détail à la section 2.3 du présent avis. Il est important de noter que la littérature qui traite des modèles de dispensation des soins porte généralement sur trois modèles (voir la case 2.2.2), soit : les modèles parallèles, séquentiels et intégrés [Deady *et al.*, 2013; Fleury *et al.*, 2012; Rush *et al.*, 2008]. Une dispensation séquentielle se réfère au fait que les traitements de santé mentale et de dépendance sont offerts l'un après l'autre, selon un ordre préétabli [Deady *et al.*, 2013]. La dispensation parallèle signifie que les deux traitements sont donnés en même temps, mais de façon indépendante, par des prestataires de soins en santé mentale et en dépendance. Une dispensation intégrée fait référence à des traitements ciblant les deux troubles, fournis en même temps et selon un plan de traitement établi, par des intervenants autant en santé mentale qu'en dépendance [Deady *et al.*, 2013].

Cette dernière forme d'intégration est aussi appelée verticale. La composante verticale fait référence au fait qu'on intègre, dans un ou plusieurs établissements, des traitements de santé mentale et de dépendance « (...) afin de desservir d'une façon globale et continue une clientèle spécifique. » [Fleury *et al.*, 2012]. L'apparition du concept d'intégration verticale dans le domaine des troubles concomitants date, selon Rush et ses collaborateurs [2008], du milieu des années 1990, avec la publication, par Drake et ses collaborateurs [1998], d'une première revue systématique de la littérature portant sur les traitements intégrés. Cette vague initiale d'études portant sur l'intégration avait pour objectif de comprendre la pertinence de l'intégration sur le plan clinique, donc celle en contact direct avec les personnes présentant un trouble concomitant en santé mentale et en dépendance.

2.1.3 Modèles de dispensation à large échelle

La littérature qui traite des modèles de dispensation des soins et services aux personnes atteintes de troubles concomitants porte généralement sur la séquence des traitements et sur l'intégration verticale de ces derniers. En contraste, et comme l'illustre la figure 3, les modèles de dispensation de large échelle touchent autant l'organisation des services que la dispensation des soins et font appel à une intégration horizontale plutôt que verticale.

Figure 4 Modèles de dispensation des soins et services et types d'intégration correspondants



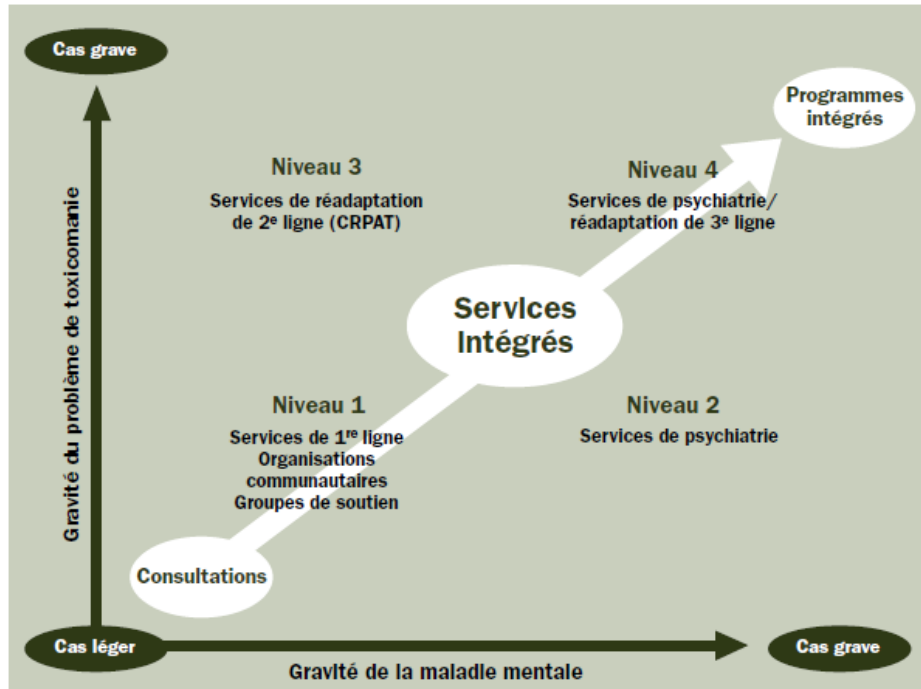
Les modèles présentés ci-dessus ont une envergure de large échelle, en ce qu'ils englobent un ensemble de facteurs relatifs à la dispensation de soins et services. Le cadre d'analyse permet de visualiser cet étalement au niveau de la dispensation : alors que les modèles de dispensation des soins sont régionalisés dans un continuum de services (voir la case 2.2.2), les modèles de dispensation des soins et services de large échelle couvrent l'ensemble des niveaux du cadre d'analyse, comme l'indique la flèche mauve située dans le bas du cadre. À l'intérieur de leurs modes de fonctionnement respectifs, ils organisent, dispensent et mesurent dans un tout cohérent et structuré.

Trois modèles de dispensation de large échelle ont retenu notre attention. Ces trois modèles sont parmi les modèles les plus utilisés et discutés, autant du point de vue pratique que dans la littérature [CRD Le Virage et CSSS Pierre-Boucher, 2012; Rush et Nadeau, 2012; Rush, 2010; Rush *et al.*, 2008; SAMHSA, 2008]. Il s'agit du modèle des quadrants, de celui des paliers (*tiers* ou niveaux, selon les auteurs), de même que du modèle *Comprehensive, Continuous, Integrated System of Care* (CCISC) et de la capacité des programmes.

2.1.3.1 Modèle des quadrants

Le modèle des quadrants a d'abord été conçu pour organiser, anticiper de manière cohérente et planifiée la dispensation des soins et services pour le groupe hétérogène que constituent les personnes présentant un trouble concomitant en santé mentale et en dépendance [SAMHSA, 2008; McGovern *et al.*, 2007]. Inspiré par les travaux de Ries [1993] sur le modèle de New York, le modèle des quadrants a été le premier à faire la distinction, de manière pragmatique, entre les niveaux de soins et de services. Les organisations et les prestataires de soins de plusieurs États (*States*) américains l'utilisent fréquemment pour orienter les personnes présentant un trouble concomitant en santé mentale et en dépendance [McGovern *et al.*, 2007].

Figure 5 Modèle des quadrants



Source de l'image : FQCRPAT, 2005.

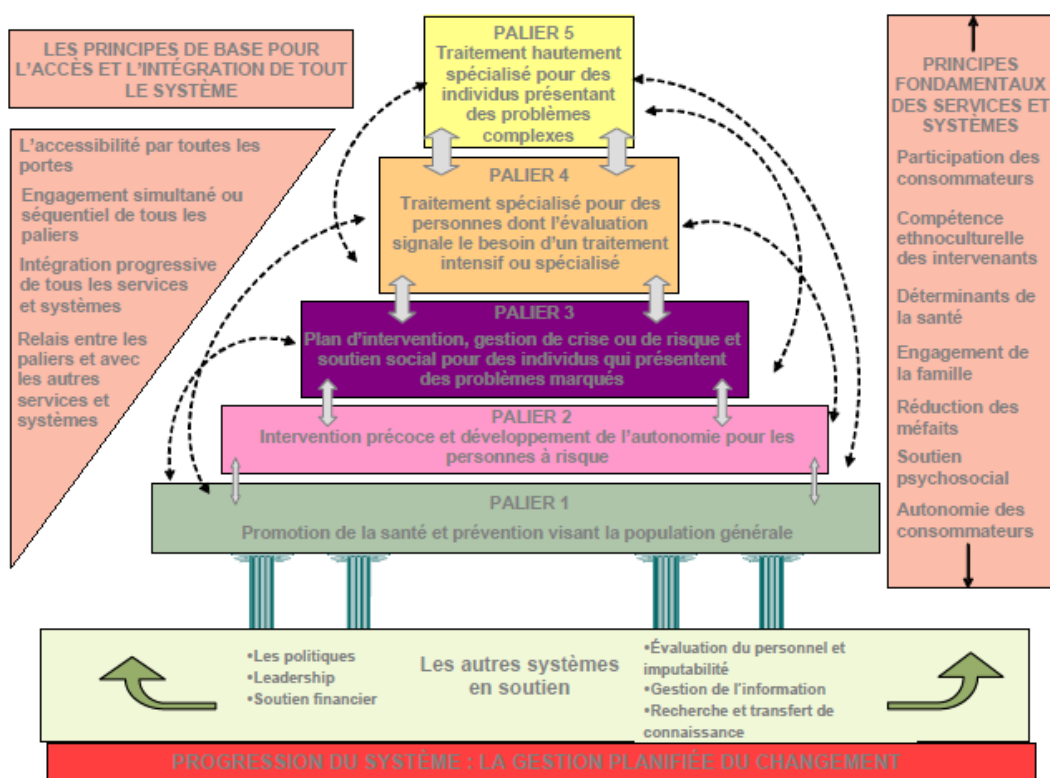
En ce qui a trait à son fonctionnement, le modèle recommande l'accès aux traitements intégrés dans le quadrant IV tout en suggérant que les quadrants II et III soient basés sur des approches établissant des liens interorganisationnels; le quadrant I, devrait, quant à lui, faire appel aux compétences de la première ligne. Fleury et ses collaborateurs [2012] soulignent, à cet effet, que le modèle soutient « (...) des interventions séquentielles ou parallèles pour la majorité des situations, et essentiellement une intervention intégrée de type vertical pour les troubles concomitants graves » (p. 15). Comme il a été le premier modèle de dispensation à connaître une certaine popularité [Rush, 2010; Rush *et al.*, 2008], on retrouve, dans plusieurs pays, des adaptations correspondantes aux diverses contraintes systémiques et organisationnelles. Santé Canada [2002] en a d'ailleurs recommandé l'utilisation tout comme l'Association des centres de réadaptation du Québec (ACRDQ), qui a proposé une version adaptée à la réalité québécoise [FQCRPAT, 2005].

Le modèle des quadrants s'inscrit donc en continuité avec la vision des lignes de soins et services en ce qu'il permet une segmentation cohérente des populations selon la gravité des concomitances rencontrées. Selon Rush et ses collaborateurs [2008], le modèle donne une importance prépondérante aux soins et services de première ligne de même qu'à leur articulation avec les autres quadrants. Le découpage symétrique des quadrants demeure cependant un obstacle à la pleine réalisation de cette vision étant donné que chaque quadrant mobilise une clientèle particulière, à laquelle sont associés des prestataires de soins et services. Plus qu'un simple pion que l'on doit placer dans l'un ou l'autre des quadrants, la personne dans le besoin doit plutôt être considérée de manière holistique; une reconnaissance implicite des trajectoires empruntées au cours de sa vie doit être mise de l'avant afin qu'elle puisse conserver une qualité de vie acceptable [Lawrence-Jones, 2010; Rush *et al.*, 2008; McGovern *et al.*, 2007]. Le prochain modèle présenté fait un pas dans cette direction.

2.1.3.2 Modèle des paliers

Fondé sur la pyramide de la santé des populations ainsi que sur les principes fondateurs de la Charte d'Ottawa⁵, le modèle des paliers, présenté à la figure 6, se distingue de celui des quadrants dans la mesure où il prend en compte la variabilité populationnelle propre à chacun des paliers. Autrement dit, il y aura toujours, dans l'absolu, moins de personnes dans les paliers les plus élevés, représentés par les services spécialisés et les troubles concomitants graves, que dans ceux au bas de la pyramide, coïncidant avec les soins généraux de première ligne et les cas de concomitance légers.

Figure 6 Modèle des paliers



Source de l'image : Rush et Nadeau, 2012, p. 10.

Comme le présente l'encadré qui suit, chacun des paliers, selon Rush et Nadeau (2012), constitue « (...) des degrés croissants de spécialisation correspondant à la nature de la fonction assurée et aux compétences exigées du prestataire de services pour traiter les problèmes de santé mentale, de toxicomanie et les problèmes concomitants. » (p. 10). Qui plus est, chacun des paliers constitue une porte d'entrée pour l'ensemble du continuum des soins et services. Selon une philosophie similaire à celle du *No Wrong Door* (NWD), on ne devrait jamais refuser une personne à une porte d'entrée, même si son cas ne correspond pas aux soins et aux

⁵ La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé a été adoptée en 1986, à Ottawa, dans la foulée de l'essor mondial de la santé publique. Considérée comme l'élément déclencheur de la troisième révolution en santé publique, elle a été à l'origine de l'adoption d'une vision dynamique de la santé (par rapport à une approche statique) couplée à une sensibilité particulière par rapport à l'ensemble des déterminants pouvant avoir une influence sur la santé d'un individu ou d'une population.

services offerts. Cela nécessite une architecture organisationnelle souple, adaptée aux besoins des personnes et surtout, ouverte à la création de collaborations permettant d'assurer un transfert efficace des personnes entre les différents paliers.

Rush et Nadeau [2012] ainsi que Rush [2014a] de même que Cristofalo et ses collaborateurs [2009] soutiennent d'ailleurs que les périodes de transition constituent des moments saillants dans les trajectoires de soins et services étant donné la tendance à perdre des personnes en cours de route.

À titre de stratégies pour soutenir les transitions dans ce modèle, Rush [2010] souligne l'importance d'avoir des supports actifs (des gestionnaires de cas ou des agents navigateurs, par exemple) faisant le lien entre les services et les secteurs, ou encore des dossiers informatisés facilitant le partage des diagnostics et des traitements pour chaque personne. Il s'agit, de manière plus large, de mettre la personne dans le besoin et son rétablissement à long terme au cœur des préoccupations de l'ensemble des intervenants.

Les cinq paliers [Rush *et al.*, 2008, p. 55]

Palier 1 – Promotion de la santé et prévention visant la population générale : l'ensemble des services et des réseaux de soutien pour les individus, les familles et les communautés. Fait appel aux services de première ligne de même qu'au milieu communautaire, notamment aux groupes d'entraide (c.-à-d. les A.A.). C'est aussi à ce palier que des initiatives de promotion de la santé et (ou) de prévention sont mises en action.

Palier 2 – Intervention précoce et développement de l'autonomie chez les personnes à risque : l'ensemble des services et des réseaux de soutien aux fins de l'intervention et du repérage des individus qui ont des problèmes non détectés ou non traités.

Palier 3 – Plan d'intervention, gestion de crise ou de risque et soutien social chez des personnes qui présentent des problèmes marqués : l'ensemble des services et des réseaux de soutien pour les personnes à risque de complications. Ce palier inclut aussi la sensibilisation active (*active outreach*), l'évaluation du risque de même que l'orientation vers d'autres services. Les personnes qui accèdent aux services de ce palier ne requièrent pas nécessairement des soins et des services intensifs.

Palier 4 – Traitement spécialisé pour des personnes dont l'évaluation signale le besoin d'un traitement intensif ou spécialisé : l'ensemble des soins et des services intensifs de nature spécialisée. Les personnes qui accèdent à ce palier peuvent avoir de multiples problématiques nécessitant le soutien de services compris dans d'autres paliers. Les approches multidisciplinaires et les équipes de suivi sont alors mises de l'avant en priorité.

Palier 5 – Traitement hautement spécialisé chez des personnes qui présentent des problèmes complexes : les soins, services et réseaux de soutien de ce niveau servent les personnes qui sont des cas très complexes ou graves et surtout, qui ne peuvent être traitées dans un palier de plus bas niveau. Les services résidentiels et les services hospitaliers font partie de ce palier.

Pour ce qui est de l'application concrète du modèle des paliers, le CCLT rappelle qu'en dépit de son apparition assez récente, celui-ci a été « (...) adapté plusieurs fois au Canada dans le cadre

de services en toxicomanie et pour soutenir la coordination des services destinés aux personnes ayant des problèmes de toxicomanie et de santé mentale co-occurrents » [Comité directeur du projet collaboratif en toxicomanie et en santé mentale, 2015]. Nous reviendrons sur le contexte d'application de ce modèle en Alberta, à la section 2.2.2.

L'alliance thérapeutique, comprise comme l'établissement d'un climat de confiance et d'un lien émotionnel constructif [Rush et Nadeau, 2012] entre l'intervenant et le client afin de maximiser la collaboration de ce dernier, demeure aussi une composante essentielle du modèle des paliers. Étant donné son importance sur le plan de la réussite du traitement [Rush, 2014b; Rush et Nadeau, 2012], elle doit être présente, en conjonction avec le principe du NWD, dans l'ensemble des paliers, des plus généraux aux plus spécialisés. De plus, l'établissement d'une alliance thérapeutique va de pair avec un climat favorisant, chez les prestataires de soins et les établissements concernés, l'écoute et le fait de prendre le temps nécessaire pour établir, avec chaque client, un consensus quant aux objectifs de traitement [Rush et Nadeau, 2012]. Dans un même ordre d'idées, le modèle des paliers met aussi l'accent sur l'importance de comprendre les personnes en tant que clients de l'ensemble du système et non d'un palier ou d'un prestataire de soins en particulier.

Le modèle des paliers s'érige donc comme le successeur logique de celui des quadrants puisqu'il reprend les principaux enseignements de ce dernier, notamment celui de la séparation entre les soins et services selon la gravité des concomitances, tout en les combinant avec d'autres aspects comme une intégration progressive des services et systèmes couplée à un engagement simultané *ou* séquentiel des paliers [Rush et Nadeau, 2012]. De plus, il met l'accent sur les répercussions populationnelles propres au poids des populations vis-à-vis du type de concomitance rencontrée [Rush, 2014a] tout en plaçant la personne traitée et son bien-être au cœur de son fonctionnement.

2.1.3.3 Comprehensive, Continuous, Integrated System of Care (CCISC) et modèle des capacités

Le modèle CCISC, conçu par Minkoff et Cline [2004] au début des années 2000, se base avant tout sur l'élaboration et la mise en place d'un processus transformationnel pour instaurer des changements durables tendant vers une intégration des soins et services de santé mentale et de dépendance (et d'autres formes de concomitance). S'appuyant sur huit meilleures pratiques cliniques, la philosophie de base du CCISC est, avant tout, d'amener le client vers un rétablissement durable compatible avec les philosophies de traitement en place.

L'encadré qui suit fait état des huit principes du modèle. À ces principes se conjuguent douze étapes⁶ permettant de procéder à une implantation graduelle du CCISC au sein d'un système de santé et de services sociaux donné. Minkoff et Cline [2004] considèrent que l'ensemble de son fonctionnement est fondé sur la capacité d'effectuer des changements aux structures actuelles pour les rendre plus fonctionnelles et surtout, plus axées vers le rétablissement des personnes présentant un trouble concomitant en santé mentale et en dépendance.

Située à l'intérieur même du CCISC, la certification ASAM *Dual Diagnosis Capable* (voir la figure 6) est un modèle dans un modèle servant de repère, autant en santé mentale qu'en

⁶ On se référera au site Web de Kenneth Minkoff pour une description détaillée de ces douze étapes : Comprehensive, Continuous, Integrated System of Care (CCISC) Model, disponible à : <http://kenminkoff.com/ccisc.html> (consulté le 12 août 2015).

dépendance, pour mesurer les capacités actuelles des prestataires de soins et celles qu'il faut viser afin de tendre vers une plus grande intégration des soins et services. Il est basé sur le respect d'un ensemble de critères de fidélité, autant en ce qui touche aux traitements qu'aux composantes organisationnelles, tels que le stipulent le *Dual Diagnosis Capability in Addiction Treatment (DDCAT)* et le *Dual Diagnosis Capability in Mental Health Treatment (DDCMHT)* [Gotham *et al.*, 2010]. Les prestataires de soins⁷, autant en santé mentale qu'en dépendance, doivent se référer à ces critères afin d'établir leur positionnement dans le modèle et de travailler sur les composantes à améliorer pour « avancer » à l'échelon suivant.

Les huit principes du CCISC :

Principe 1 - Les troubles concomitants devraient être considérés comme la norme et non pas comme une exception.

Principe 2 – Le rétablissement passe par une relation d'aide qui est empathique, intégrée et ancrée dans l'espoir.

Principe 3 – Les personnes présentant un trouble concomitant de santé mentale et de dépendance ne constituent pas une population homogène. Les prestataires de soins doivent accorder leurs soins et services avec le profil des clientèles desservies.

Principe 4 – Les problématiques de santé mentale et de dépendance doivent être considérées aussi prioritaires les unes que les autres.

Principe 5 – Le rétablissement sous-entend un passage à travers les différentes étapes du changement pour chacune des problématiques de santé mentale et de dépendance.

Principe 6 – Le progrès vers le rétablissement se fait à travers des activités basées sur l'apprentissage de compétences en lien avec la santé mentale et la dépendance.

Principe 7 – Des plans de traitement individualisés doivent être mis au point pour chaque personne présentant un trouble concomitant de santé mentale et de dépendance.

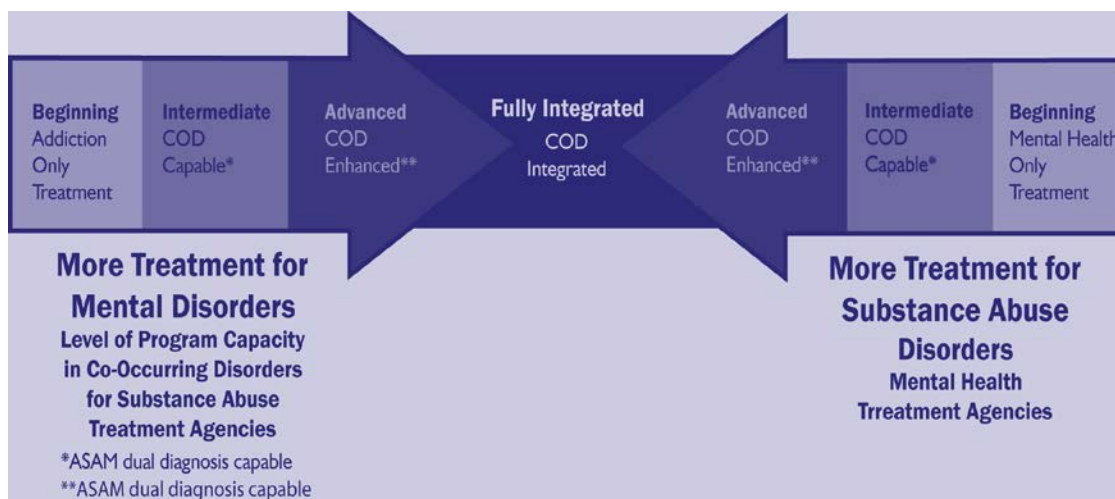
Principe 8 – L'ensemble des politiques, des procédures, des pratiques, des programmes et des intervenants associés au CCISC doivent évoluer dans un esprit d'amélioration continue.

Il est à noter que chacun des items au sein du DDCAT et du DDCMHT est compté sur une échelle de 1 à 5, où 1 signifie que le soin, le service, le traitement ou la composante organisationnelle est uniquement relié à la santé mentale ou à la dépendance et 5 signifie qu'il ou elle est pleinement intégré(e). Les quatre grands niveaux de classification relatifs au modèle, à l'intérieur desquels les critères susmentionnés ont une incidence, sont les suivants [Gotham *et al.*, 2010; SAMSHA, 2008] :

⁷ Il est à noter que ce modèle a été élaboré en priorité pour le contexte des États-Unis. À cet effet, les compétences recherchées chez les prestataires de soins ne pourraient pas, sans un effort d'ajustement, être traduites directement dans le contexte québécois.

1. Un programme de base a la capacité de fournir les traitements appropriés soit pour la dépendance, soit pour la santé mentale; il est aussi en mesure de faire la détection d'autres problématiques et de fournir les orientations appropriées, le cas échéant.
2. Un programme de niveau intermédiaire se concentre principalement sur le traitement d'une problématique tout en s'occupant de certains besoins particuliers reliés à une seconde problématique.
3. Un programme de niveau avancé dispense, de manière intégrée, des traitements en dépendance de même que des services appropriés en santé mentale. Plus spécialement, cela signifie qu'une attention particulière est portée à l'ajout, en dépendance, de groupes pour la « surveillance » (monitoring) des médicaments; en santé mentale, l'ajout de groupes pour la prévention de la rechute fait aussi partie des procédures utilisées. Finalement, la collaboration avec les autres prestataires de soins est vue comme essentielle et elle fait partie des procédures à respecter et à mettre en valeur.
4. Un programme totalement intégré combine activement les interventions de santé mentale et de dépendance afin de traiter efficacement les personnes présentant un trouble concomitant en santé mentale et en dépendance. Il s'agit d'une intégration organisationnelle, au sein de laquelle les interventions et les traitements sont coconstruits dans une unité où les règlements, l'administration de même que le personnel sont regroupés selon un fonctionnement cohérent, planifié et intégré [SAMHSA, 2008].

Figure 7 Niveaux de capacité des programmes liés aux troubles concomitants



Source : SAMHSA, 2008, p. 44.

Bien qu'il ne fasse pas directement référence au réseau québécois de la santé et des services sociaux, la bidirectionalité du modèle conçu par l'ASAM et la Substance Abuse and Mental Health Administration (SAMHSA) permet aux prestataires de soins de se situer selon leurs compétences primaires, donc en santé mentale ou en dépendance, et de planifier, d'après les niveaux précédemment décrits, leur progression vers une dispensation de soins et services plus intégrée [SAMHSA, 2008]. Comme on cible un prestataire en particulier, de même que ses compétences actuelles et celles à développer, des études, comme celle de Gotham et ses collaborateurs [2010] ou celle de Kennedy-MacDonald [2008] ont montré que le modèle était plus efficace quand il touchait à des organisations d'envergure réduite où les contraintes administratives et cliniques ont moins d'importance. Ainsi, par la nature même des compétences interpellées, le modèle engage, si l'on se réfère au cadre d'analyse, le niveau de

l'organisation des services (en jaune) et celui de la dispensation des soins (en vert). Il sollicite, chez les prestataires, un engagement différencié selon le niveau, et du même coup, propose d'apporter des changements bonifiant directement les soins et services.

2.1.4 Barrières et facteurs facilitants généraux

La littérature recensée nous a permis de dégager certaines barrières et certains facteurs facilitants par rapport à l'organisation des soins et services relatifs aux troubles concomitants.

Parmi les barrières, les chercheurs citent fréquemment la différence palpable qui subsiste entre les milieux ruraux et urbains. En effet, les soins et les services en milieu urbain sont souvent plus accessibles et plus rapprochés qu'en milieu rural, où il est souvent plus difficile pour les clients et les intervenants de fonctionner en empruntant une trajectoire de soins cohérente. Aussi, il est mentionné que le fait de vouloir travailler de manière collaborative entre les organisations amène des difficultés d'arrimage étant donné des cultures de travail différentes et des conditions de travail qui peuvent varier selon les corps de métier. En outre, il a été noté que les différences de gravité de condition entre les clients pouvaient, à terme, créer des silos de fonctionnement et, du même coup, une surspécialisation des équipes ou des organisations. Finalement, en ce qui a trait au financement, il a été relevé que les modalités doivent être flexibles afin de toucher à l'ensemble des aspects de la problématique. La pérennité du financement, tant au niveau des programmes que des organisations, demeure aussi un enjeu de taille.

Du côté des facteurs facilitants, la composante qui revient le plus souvent est le fait de mettre de l'avant des approches collaboratives entre la santé mentale et la dépendance. Sans nécessairement définir le type d'approche à utiliser, le simple fait de collaborer, peu importe les modalités engagées à cet effet, semble encouragé. Est aussi mentionnée, pour les intervenants, l'importance de ne pas stigmatiser et de ne pas confronter les clients. Cette attitude va à l'encontre de l'établissement d'une alliance thérapeutique. La coconstruction des programmes et la présence de « champions » prêts à assurer un leadership reviennent aussi comme des conditions gagnantes, peu importe le type d'organisation. Finalement, la promotion de la formation et l'intégration des moyens technologiques de pointe, comme la visioconférence, demeurent des aspects cruciaux permettant aux intervenants et aux gestionnaires une meilleure gestion des dossiers et surtout, une définition claire des rôles de chacun au sein d'une trajectoire de soins donnée.

2.2. Question 2 : Comment s'organise la dispensation des soins et des services en rapport aux troubles concomitants au sein d'autres juridictions et au Canada?

Les éléments présentés ici s'appuient sur les 22 documents de la revue narrative effectuée en réponse à la question 1. Les pays retenus pour l'analyse sont les États-Unis, l'Australie de même que le Canada (et le Québec).

2.2.1. États-Unis

Depuis les 20 dernières années, les efforts de la *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (SAMHSA) ont beaucoup contribué à faire connaître les troubles concomitants aux États-Unis, problématique relativement méconnue au tournant des années 1970 [Rush et

al., 2008], avec la publication de deux documents centraux : le *Report to Congress on the prevention and treatment of co-occurring substance abuse disorders and mental disorders* de même que son *Treatment Improvement Protocol 42 (TIP 42)*, intitulé *Substance Abuse Treatment For Persons With Co-Occuring Disorders*. Ces documents, de portée nationale, constituent à la fois un portrait plus général de la situation et un protocole plus précis pour améliorer la pratique et résonnent encore aujourd'hui comme des incontournables pour comprendre l'évolution de la problématique aux États-Unis et les moyens mis en place pour répondre à la présence grandissante des personnes présentant un trouble concomitant en santé et en dépendance au sein des divers services de santé.

Malgré la présence de ces balises importantes, la nature relativement fragmentée de l'organisation des soins et services, se déclinant à travers des schèmes organisationnels étatiques qui diffèrent d'État en État, empêche la formation d'une politique de soins et services nationale dotée d'une application unilatérale. Ducharme et ses collaborateurs [2006] affirment même, suivant une étude réalisée à l'aide de banques de données fédérales, que la plupart des centres de traitements en dépendance sont incapables de répondre aux besoins de la clientèle présentant des troubles concomitants. La nécessité de broser un portrait pan-national s'avère donc d'une importance cruciale, car les États-Unis demeurent après tout l'un des pays ayant le plus travaillé sur la question des troubles concomitants au cours des dernières décennies, tant en ce qui concerne les traitements que sur le plan organisationnel [Rush *et al.*, 2008].

En lien avec ce qui précède, le rapport de Pincus et ses collaborateurs [2006] intitulé *State Efforts to Improve Practice and Policy for Individuals with Co-Occurring Mental and Addictive Disorders* fait un travail de fond intéressant afin de scruter la situation de certains États par rapport aux troubles concomitants. Le rapport montre entre autres que les États tentent, par les moyens qu'ils jugent les plus adéquats par rapport au contexte rencontré, de construire des ententes de collaboration entre le secteur de la dépendance et celui de la santé mentale (le tableau 1 permet de différencier les paliers de gouvernement et leurs compétences respectives). En Oregon, par exemple, la *First Task Force*, qui inclut des responsables des deux domaines, œuvre, depuis 1986, à défaire les barrières tout en cherchant des manières d'améliorer la dispensation des soins et services. En Illinois, il existe, depuis 1991, des modalités de financement spécialement destinées aux troubles concomitants. Le Connecticut et le Missouri assurent aussi, depuis plusieurs décennies, des collaborations entre les deux secteurs tant à l'échelle régionale qu'à l'échelle étatique. Certaines des initiatives les plus intéressantes et couronnées de succès, comme l'établissement de recommandations basées à la fois sur les niveaux régional et de l'État, sont fondées, d'après Pincus et ses collaborateurs [2006], sur des recommandations formulées par des consultants neutres et indépendants. Tout cela, sans compter l'importante initiative COSIG (*Co-occurring State Incentive Grant*) de la SAMHSA, qui, depuis 2003, subventionne des projets provenant d'une poignée d'États afin de créer des liens novateurs et engageants entre la santé mentale et la dépendance [Dausey *et al.*, 2007].

Tableau 1 Pouvoir d'action et compétences des trois paliers de gouvernement aux États-Unis

-----	Fédéral	État (<i>State-level</i>)	Local / régional
Pouvoir d'action	Pouvoir d'action national, mais limité / ne peut contraindre les États à agir (sauf pour certaines populations préétablies au moyen de programmes de subventions et (ou) de Medicaid)	Pouvoir d'action sur les compétences de santé au sein de l'État. N'est pas dépendant du palier fédéral pour prendre des mesures liées aux différents choix et aux différentes orientations.	Pouvoir d'action limité aux pratiques locales et à l'organisation, concrète et pragmatique, de la dispensation des soins (c.-à-d. pas les aspects fondamentaux, mais plutôt les aspects liés à la gestion au quotidien)
Principales compétences	Diffusion des messages aux autorités de santé des États. Suggestions de grandes orientations. Medicaid et programmes de remboursement des frais de santé (assurances aussi).	Pouvoir sur l'ensemble des décisions liées à l'administration, à la dispensation et à la gestion des programmes de soins pour les troubles concomitants. Possibilité, en outre, avec le mandat des agences de santé, de changer des règlements pour agir sur certaines composantes relatives au soin des troubles concomitants.	Mise en pratique des différentes consignes provenant de l'État. Responsabilité de redonner de la rétroaction à l'État concernant les soins et services vis-à-vis des différentes clientèles traitées et les différents programmes mis en application.

Pour ce qui est de la formation du personnel, la plupart des États, selon Pincus et ses collaborateurs [2006], souscrivent à des politiques d'amélioration continue. En Illinois, par exemple, l'Institut *Mental Illness and Substance Abuse* (MISA) a créé un consortium regroupant diverses organisations qui dispensent des soins et services afin d'offrir de la formation et du soutien technique au personnel dans le besoin. Les répercussions sur la clientèle sont tangibles étant donné l'expérience pratique que les partenaires provenant de contextes diversifiés amènent. En Ohio, le *Substance Abuse and Mental Illness Coordinating Center of Excellence* (SAMI CCOE) agit à titre d'entité coordonnatrice des besoins de formation des bureaux de santé locaux (au nombre de 50), tout en demeurant une ressource à consulter au sujet des meilleures pratiques de dispensation des soins, toujours à l'échelle locale [Biegel *et al.*, 2003].

De concert avec les activités de formation, les États œuvrent aussi à l'établissement de standards pour les intervenants en contact avec la clientèle. Malgré les travaux réalisés, constatent Pincus et ses collaborateurs [2006], peu d'États ont mis en application les standards établis et beaucoup rencontrent des barrières, pratiques et politiques, en ce qui concerne leur mise en action. Pour contrer cette inertie, le Texas a créé, au sein de ses agences de santé mentale (paliers local et régional), des postes de spécialistes pour les troubles concomitants afin d'assurer un suivi adéquat et personnalisé aux personnes dans le besoin. Les spécialistes

entretiennent des liens privilégiés avec plus de 20 organisations locales autant en santé mentale qu'en dépendance [Pincus *et al.*, 2006].

Les travaux de Pincus et ses collaborateurs [2006] de même que ceux de McGovern et ses collaborateurs [2007] ont aussi relevé que la plupart des États emploieraient le modèle des quadrants. L'emploi répandu de ce modèle, couplé au fait qu'on en fait usage autant dans le domaine de la santé mentale que dans celui de la dépendance en fait, aux États-Unis, l'un des vecteurs de collaboration les plus importants et utilisés entre les deux domaines [Burnam et Watkins, 2006]. Ces observations sont toutefois nuancées par le fait qu'il subsiste, dans certains États, une relation asymétrique entre la santé mentale et la dépendance : les troubles mentaux graves grugent une part importante des ressources autant financières qu'organisationnelles, tandis que les troubles concomitants modérés, qui touchent, en nombre absolu, un plus grand nombre de personnes, doivent se contenter d'un financement moindre [Pincus *et al.*, 2006].

Quelques éléments à retenir de l'expérience américaine :

1. Certains États ayant réussi, avec succès, à établir une politique de soins et services cohérente ont tous un ingrédient en commun : un leadership fort venant des instances décisionnelles étatiques (provinciales, pour nous). En fait, il s'agit d'une volonté ferme d'établir la problématique des troubles concomitants comme prioritaire en édictant des politiques visant à renforcer et à officialiser la collaboration entre les secteurs de la dépendance et de la santé mentale [Burnam et Watkins, 2006].
2. On peut constater, en accord avec une dispensation des soins et services où l'utilisateur est le payeur, un penchant pour les programmes étroitement structurés où le respect de standards stricts fait partie intégrante du fonctionnement.
3. En renforçant les capacités d'accueil et de suivi des diverses organisations prestataires de soins et de services, tant du côté de la santé mentale que de la dépendance, plusieurs États, dont l'Ohio et l'Oregon, ont réussi à instaurer des trajectoires de soins et services compatibles avec les besoins de la clientèle.

2.2.2. Australie

Depuis environ 15 ans, le gouvernement australien a mis de l'avant des initiatives visant à améliorer les soins et services relatifs aux troubles concomitants. Le *National Comorbidity Project*, la première de ces initiatives, a vu le jour en 1998 pour se poursuivre jusqu'en 2003. Le but était de dresser un portrait général des troubles concomitants, en Australie, afin d'y arriver adéquatement l'offre de services et surtout, de déterminer quels traitements sont les plus efficaces, selon les populations ciblées. Entre 2004 et 2008, la *National Comorbidity Initiative* avait pour objectif d'améliorer la coordination entre les services et les traitements. Deady et ses collaborateurs [2013] affirment qu'elle fut un catalyseur pour la promotion des meilleures pratiques, l'amélioration du soutien clinique et l'enrichissement des systèmes informatiques de même que des méthodes de collecte des données. La *National Comorbidity Collaboration*, entre 2010 et 2011, avait pour mission de faire avancer les collaborations interétablissements à propos de deux points centraux : 1) l'éducation et la formation du personnel; 2) la dispensation des services modulée selon la population visée. Finalement, l'*Improved Service Initiative* (2006-2012), visait, quant à elle, le renforcement et le développement des capacités, autant cliniques que structurelles, des agences de santé australiennes non gouvernementales.

La mise en place et l'opérationnalisation à différents niveaux de ces initiatives, a produit, en fin de compte, des résultats mitigés : il subsiste, selon plusieurs observateurs, encore beaucoup de fragmentation et de manque de coordination pour ce qui est des soins et services relatifs aux troubles concomitants, en Australie [Deady *et al.*, 2013; Merkes *et al.*, 2010; Australian Institute for Primary Care, 2009]. La construction du système de santé australien, comme beaucoup d'autres systèmes de santé ailleurs dans le monde, a donné lieu à la formation de silos qui, lorsque vient le temps de coordonner les soins et services pour certaines problématiques, s'avèrent réfractaires au changement, ne serait-ce qu'en ce qui a trait à la collaboration ou aux méthodes de fonctionnement. La réalité actuelle, rappellent Deady et ses collaborateurs [2013] de même que Lee et ses collaborateurs [2013], fait que les personnes présentant un trouble concomitant en santé mentale et en dépendance obtiennent rarement les traitements nécessaires à leur condition et finissent par se perdre dans un système où les efforts de collaboration sont vagues et mal définis.

Ce constat ne diminue cependant pas les efforts consentis pour améliorer le sort des personnes présentant un trouble concomitant en santé mentale et en dépendance. Comme le mentionne Deady [2013], les territoires (l'équivalent de nos provinces canadiennes), de même que les entités régionales et locales, s'organisent eux-mêmes afin de se doter d'outils correspondant à leurs besoins. Un exemple intéressant de ce genre d'initiative a été élaboré dans le territoire de Queensland. Il s'agit d'une politique publique spécialement orientée vers les soins et services relatifs aux troubles concomitants, dont voici les points saillants :

1. Les traitements devraient être basés sur des approches biopsychosociales, intégrées et coordonnées entre les secteurs de soins en santé mentale et de dépendance, qui prônent la réduction des méfaits et le rétablissement.
2. Il est déterminé que pour les troubles concomitants d'intensité moyenne ou élevée, les services en santé mentale ont la responsabilité primaire du traitement. Ce sont donc les intervenants de ce secteur qui assurent et coordonnent le suivi des personnes.
3. Les urgences de première ligne devraient aussi donner des soins intensifs pour les troubles mentaux qui ont une composante de dépendance (par exemple, offre d'un service de liaison dans certains hôpitaux), l'objectif étant de stabiliser les usagers pour ensuite les orienter vers les services de deuxième et troisième lignes.
4. Les traitements intégrés devraient être offerts dans un seul et même endroit et par une seule équipe. Dans la réalité, en Australie, il s'avère difficile, du moins selon ce qui est rapporté, de respecter pareille consigne, car les lieux où sont dispensés les soins sont déjà rattachés soit au secteur de la santé mentale, soit à celui de la dépendance.

Si les politiques publiques, qu'elles soient à l'échelle territoriale ou nationale, édictent des principes intéressants, une philosophie demeure valorisée, en Australie du moins, pour sa transversalité et son potentiel d'application dans l'organisation actuelle des soins et services. Il s'agit, comme vu dans le modèle des paliers, du *No Wrong Door* (NWD), une philosophie reconnaissant, de manière formelle, que les personnes peuvent solliciter des soins et services auprès d'une multitude de prestataires. Chaque personne présentant un trouble concomitant en santé mentale et en dépendance reçoit, à la suite d'une évaluation, les traitements appropriés ou encore, est orientée vers d'autres soins et services selon sa condition. Les portes d'accès sont variées et non contraignantes (services généraux, urgences hospitalières, services de deuxième et troisième lignes, etc.).

L'implantation du NWD en Australie demeure, à ce jour, assez fragmentée et c'est dans la région de Hume (New South Wales) qu'il semble y avoir eu les efforts les plus concertés pour mettre de l'avant cette philosophie de traitement et d'orientation. Le projet Hume NWD a vu le jour en 2006 grâce à une pléiade de subventions provenant des divers paliers gouvernementaux. Entre 2006 et 2010, le projet Hume NWD s'est concentré sur l'établissement de liens concrets entre les divers prestataires de soins liés aux troubles concomitants. Malgré un soutien organisationnel concret et l'appui d'une coordonnatrice qui travaillait à temps plein sur le projet, le rapport d'évaluation de la première phase a indiqué que les prestataires se sont rapidement désintéressés du projet étant donné le manque de personnel prêt à l'opérationnaliser, selon le contexte en place [Williams, 2008]. Parmi les recommandations émises dans ce rapport d'évaluation, l'auteur précise qu'il faut resserrer les critères contenus dans le protocole NWD distribués aux prestataires, notamment en ce qui touche l'opérationnalisation des procédures de référence.

Quelques éléments à retenir de la situation australienne :

1. Malgré la parution de plusieurs initiatives nationales portant spécialement sur les troubles concomitants, force est de constater que l'opérationnalisation des points d'action est, à terme, laborieuse. On remarque plutôt que les établissements et autres prestataires de soins s'organisent eux-mêmes selon les modalités correspondant plus fidèlement à leur contexte. L'articulation des politiques publiques nationales dans les contextes régionaux et locaux s'avère donc difficile à mettre en pratique.
2. Sur papier, le NWD est une initiative contenant une foule de mesures importantes et propices à une amélioration, à court et à long terme, des soins et services pour les personnes présentant un trouble concomitant en santé mentale et en dépendance. Certaines de ces mesures sont, par exemple, l'établissement d'un protocole d'entente multi-établissements pour l'orientation des individus et la promotion des formations croisées entre les intervenants des divers prestataires de soins. Dans la pratique, les clivages entre les services en santé mentale et ceux en dépendance de même que les lourdes exigences organisationnelles requises nuisent à l'application unilatérale du NWD.
3. Même si la promotion de l'intégration, autant au niveau horizontal que vertical, s'avère importante, ce sont plutôt les traitements de types parallèles ou séquentiels qui portent, encore aujourd'hui, la majorité du fardeau quant aux soins et services relatifs aux personnes présentant un trouble concomitant en santé mentale et en dépendance.
4. Les situations d'éloignement propres aux pays comme l'Australie, qui possèdent un très vaste territoire et une population somme toute assez réduite, font en sorte que la création d'initiatives *eHealth* constitue une avenue de développement correspondant aux réalités existantes tout en faisant appel aux technologies capables de répondre aux besoins des personnes présentant un trouble concomitant en santé mentale et en dépendance. Ce type d'initiatives bénéficie à la fois aux intervenants, qui peuvent recevoir des formations, et aux personnes pour lesquelles l'offre de services, tant au niveau de l'accessibilité que de sa diversité, est bonifiée. C'est aussi une manière de faciliter la planification entre les fournisseurs de services.

2.2.3. Canada

Il ne semble pas exister, à ce jour, de politique ou de plan d'action pancanadien relatif aux troubles concomitants. La *Loi constitutionnelle de 1867* confère aux provinces, rappelons-le, le pouvoir de légiférer dans plusieurs domaines, notamment celui de la santé. Cela n'a pas empêché, par l'entremise de divers organismes à portée pancanadienne, la publication de documents importants sur la situation des troubles concomitants, au Canada.

Chronologiquement, le document de Santé Canada intitulé *Meilleures pratiques – Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie*, publié en 2002, a été le premier à jeter les fondations pour instaurer une discussion pancanadienne sur l'importance des troubles concomitants et de l'organisation des soins et services relative aux particularités que présente la population aux prises avec ce type de troubles. Le climat pancanadien, au début des années 2000, rappellent Rush et ses collaborateurs [2008], était très favorable à la réception d'un tel travail. Sa popularité fut telle qu'en plus de sa distribution en format PDF sur le site de Santé Canada, plus de 30 000 exemplaires ont été imprimés et distribués à travers le Canada [Rush *et al.*, 2008]. Plusieurs provinces ont d'ailleurs utilisé le rapport pour analyser les manières dont pourraient être intégrées les meilleures pratiques dans leur continuum de soins et services. Trois grands axes de discussion et d'analyse ressortent du document :

1. une discussion sur les diverses définitions des troubles concomitants;
2. une discussion sur les meilleures pratiques mises en lumière par la littérature scientifique et les expériences étrangères;
3. une discussion sur l'intégration macro des soins et services relatifs aux troubles concomitants au sein des systèmes de santé en vigueur dans les provinces canadiennes.

Les conclusions et recommandations issues de ce document soutiennent, à la lueur des connaissances disponibles, qu'il est essentiel d'approfondir la recherche sur les troubles concomitants, tant en ce qui concerne l'intégration et la collaboration des soins et services qu'en ce qui a trait aux traitements.

Paru en 2008 et portant sur la notion d'intégration relative aux soins, aux services et aux systèmes reliés aux troubles concomitants, *On the integration of mental health and substance use services and systems: Main report* de Rush, Fogg, Nadeau et Furlong constitue l'un des documents les plus complets sur les troubles concomitants, au Canada. Il s'agit d'une publication centrale pour trois raisons : premièrement, les auteurs font un travail historique de fond montrant l'évolution des troubles concomitants tant du point de vue du traitement que de celui de l'organisation des services, au Canada, mais aussi, de manière comparative, aux États-Unis. Deuxièmement, les auteurs font une triple distinction permettant de catégoriser la littérature sur les troubles concomitants de façon cohérente : 1) la littérature sur la découverte; 2) la littérature sur la signification des troubles concomitants; 3) la littérature sur les programmes et les politiques relatives aux troubles concomitants. Troisièmement, les auteurs proposent un tour d'horizon qui porte sur les différents modèles d'intégration au sein des systèmes de santé et illustrent leurs propos au moyen de cinq exemples distincts.

Si ce rapport a pour mérite de mettre à jour les définitions et concepts d'abord dégagés dans le document de Santé Canada de 2002, il va un pas plus loin en mettant délibérément l'accent sur les processus d'intégration et sur les composantes de large échelle propres aux soins et services. D'un point de vue organisationnel, le contenu de ce rapport rappelle que le contexte d'implantation s'érige en tant que valeur centrale pour la compréhension des processus

d'intégration et de collaboration des soins et services. Si les recherches sur les interventions ont longtemps tenté de soustraire le contexte des résultats pour rendre plus juste ces derniers, les recherches sur l'intégration et la collaboration au sein des systèmes considèrent le contexte comme l'une des composantes essentielles, une condition *sine qua non* à l'obtention d'une analyse cohérente par rapport à la réalité étudiée [Rush et Nadeau, 2012; Rush, 2010; Rush *et al.*, 2008]. Au-delà du but avoué de ce rapport, soit de comprendre, historiquement et analytiquement, l'appel pour une intégration totale des soins et services en santé mentale et en dépendance, les auteurs affirment, en clôture, que l'accent devra à l'avenir être mis sur l'étude, empirique et théorique, d'une intégration de type horizontal.

Le rapport *Collaboration pour les soins en toxicomanie et en santé mentale : Meilleurs conseils* du CCLT, publié en 2015, constitue la suite logique du document de Rush et de ses collaborateurs. Il s'agit avant tout d'un effort de compréhension et de contextualisation qui porte sur le concept de collaboration tout en étant centré sur le développement « (...) des stratégies et des considérations clés visant l'établissement de relations efficaces, plus particulièrement entre les services en toxicomanie et en santé mentale au point du contact avec les gens qui ont besoin d'aide » [Comité directeur du projet collaboratif en toxicomanie et en santé mentale, 2015]. Dans le rapport, il est affirmé que la conjoncture actuelle demeure, en toute vraisemblance, favorable à l'établissement de diverses formes de collaboration relativement aux soins et aux services de santé mentale et de dépendance. Malgré ce constat, les auteurs notent que l'élaboration de collaborations fructueuses soucieuses du contexte et basées sur les données probantes demeure un défi de taille étant donné l'implication asymétrique des parties prenantes. Ce paradoxe, qui est d'ailleurs présent dans d'autres pays, dont l'Australie, montre finalement qu'il est difficile d'obtenir des données probantes pouvant fournir, dans une pluralité de contextes d'implantation, les assises nécessaires pour établir hors de tout doute la marche à suivre. Vis-à-vis de cette hétérogénéité, les auteurs du rapport optent plutôt pour la présentation de principes, de considérations et d'éléments pouvant, *a fortiori*, guider les prestataires des soins vers l'établissement d'une offre de services cohérente.

Parmi ces principes, on peut entre autres noter la nécessité de créer un répertoire Web pancanadien où des informations sur la collaboration, autant théoriques que pratiques, seraient consignées pour être accessibles en tout temps. La préparation et la diffusion d'une « trousse de communication » résumant les points saillants du rapport figurent aussi à titre de meilleur conseil. Les auteurs proposent également d'intégrer une composante d'évaluation à l'ensemble des efforts collaboratifs entamés afin de cibler les principaux facteurs facilitants ainsi que les barrières récurrentes. La diffusion de ces évaluations à un public plus large est aussi envisagée. Pour ce qui est de la pratique, il est conseillé d'utiliser le document comme vecteur de discussion au sein des équipes de travail qui évoluent auprès des personnes présentant un trouble concomitant en santé mentale et en dépendance. De cette manière, il est possible d'évaluer si les principes proposés peuvent être mis en application de manière réaliste. Au final, les proches des personnes présentant un trouble concomitant en santé mentale et en dépendance doivent avoir une voix forte au sein du processus sans quoi les chances de succès sont grandement diminuées et surtout, dénuées d'une crédibilité coconstruite.

Si les trois grands documents présentés ci-dessus ont eu comme mérite de broser un portrait surtout axé sur les aspects liés à la collaboration et à l'intégration au regard des troubles concomitants, qu'en est-il de l'opérationnalisation des grandes leçons retenues et mises de l'avant par ces documents?

L'Alberta s'affiche, à cet égard, comme l'une des provinces les plus avant-gardistes. En 2011, la province est allée de l'avant avec la mise en place d'une stratégie panprovinciale relative aux troubles concomitants basée sur le modèle des paliers. Sur le plan systémique, l'approche albertaine misait sur la bonification de la prévention et de la promotion, donc du premier palier, de même que sur l'importance du rôle joué par la première ligne et le milieu communautaire. L'amélioration de l'efficacité des soins et services de troisième ligne était aussi visée. Du point de vue des services, la stratégie cherchait à renforcer le rôle des paliers qui ont un poids populationnel élevé, soit les deux premiers. Du côté des populations, les enfants, les familles, les personnes âgées, les Autochtones de même que les populations dites « à risque » étaient visées. En concordance avec la philosophie du modèle des paliers, l'accent était aussi mis sur les transitions entre les différents paliers dans le cadre d'une approche intégrée de gestion des cas.

En réponse à cette implantation d'envergure majeure, le gouvernement de l'Alberta, en collaboration avec l'Université de l'Alberta, a publié, en 2014, un rapport portant sur l'appréciation de la performance de la stratégie mise en place à partir de 2011. Intitulé *Gap Analysis of Public Mental Health and Addictions Programs (GAP-MAP) Final Report* [Wild et al., 2014], le document compare la performance actuelle de la stratégie à la performance attendue ou désirée. Les neuf principales conclusions du rapport GAP-MAP [Wild et al., 2014] se détaillent comme suit :

1. Les services actuels répondent à la demande d'un seul Albertain adulte sur dix. Les auteurs du rapport mentionnaient que la plupart des programmes et services reliés aux troubles concomitants évalués étaient incapables de répondre à la demande.
2. Les services actuels fonctionnent selon une logique réactive où les personnes sont dirigées vers les cliniques de première ligne ou encore vers les services spécialisés. Un quart des adultes sondés et qui avait eu un problème de santé mentale OU de dépendance a mentionné ne pas avoir entre les mains l'information suffisante par rapport aux troubles concomitants, aux services dispensés de même qu'aux stratégies et possibilités qui s'offrent à eux.
3. Les ressources consenties au fonctionnement de la stratégie sont fortement orientées vers les services hospitaliers, résidentiels et les services de réponse aux situations de crise. Plus de 80 % des coûts de services engagés par la stratégie se retrouvent dans les paliers 3 à 5, donc les paliers qui incluent les personnes aux prises avec des troubles concomitants sévères à persistants. Les coûts reliés à la promotion de la santé et à la prévention des maladies et autres conditions morbides comptaient pour environ 0,1 % du budget total.
4. Il y a beaucoup de variabilité en ce qui a trait aux coûts des hospitalisations reliées aux troubles concomitants.
5. Malgré ce qui est dit dans le document initial de la stratégie, les auteurs ont constaté que l'ensemble des soins et services mis de l'avant vise la population adulte. Les besoins des enfants et du secteur jeunesse sont sous-développés et sous-financés.
6. Les programmes et services ont besoin d'un meilleur soutien afin d'être mis en œuvre de manière adéquate. Les programmes et services sondés par les auteurs ont été mentionnés comme n'ayant pas assez de ressources, humaines et financières, pour suivre de manière adéquate le progrès et l'efficacité des mesures qu'ils mettent en place.
7. Les ressources sont attribuées, dans une proportion beaucoup plus importante, à la santé mentale; les services de dépendance demeurent, à cet égard, sous-financés. Au total, 80 % des quelque 750 millions dépensés en 2010-2011 sont allés au financement des

services de santé mentale. Cette répartition des coûts est en adéquation avec les besoins de la population qui utilisent les services.

8. Les services de soutien aux personnes présentant un trouble concomitant en santé mentale et en dépendance ne sont pas intégrés de manière adéquate avec les soins et les services actuels. De 13 % à 28 % des Albertains présentant un trouble concomitant en santé mentale et en dépendance ont rapporté, au cours de la dernière année, ne pas avoir eu la chance de participer à un programme d'intervention sociale et (ou) de développement des compétences.
9. La nomenclature utilisée par le Alberta Health Services et les paliers de gouvernement de l'Alberta pour définir les services spécialisés n'est pas standardisée. Cela amène beaucoup de confusion quant aux types de services devant être dispensés pour la clientèle appropriée.

Ces conclusions montrent qu'il subsiste bel et bien un écart entre ce qui est attendu théoriquement, donc ce qui est affirmé dans le document initial qui décrit les modalités concrètes et théoriques de la stratégie et ce qui a été réalisé sur le terrain, trois ans après l'implantation des stratégies. Ces écarts, rappellent Rush et ses collaborateurs [2008], caractérisent bien l'un des points faibles au regard de la dispensation des soins et services relatifs aux troubles concomitants :

(...) malgré le fait que la majorité de l'appui en faveur de l'intégration découle de la littérature et des consensus d'experts, nous réaffirmons ici qu'il y a beaucoup d'autres facteurs que ces sources n'abordent pas et qui demeurent, à la lumière de ce que nous savons actuellement sur la problématique, largement non documentés et non explorés (p. 86 – traduction libre de l'anglais)

Le travail effectué par les auteurs du GAP-MAP en regard de la stratégie albertaine confirme en quelque sorte qu'il n'existe pas suffisamment de travaux de ce genre, tandis qu'il y a en contrepartie beaucoup de littérature théorique sur les modèles de dispensation.

Finalement, il est impossible de passer sous silence le travail, au Canada et en Ontario, du Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH), situé à Toronto. Il s'agit du plus important organisme canadien qui œuvre spécialement sur les plans de la santé mentale et de la toxicomanie. En plus de soigner les personnes gravement atteintes au sein de leur centre hospitalier universitaire, le CAMH fait aussi de la consultation externe, de la recherche et de la promotion de la santé. L'amalgame de diverses structures hospitalières et de recherche en font une expérience d'intégration de large échelle intéressante et novatrice. En combinant les soins cliniques, la recherche, l'enseignement, le développement des politiques et la promotion de la santé, le CAMH est en mesure d'offrir un continuum de soins et de services à la fine pointe de la recherche. Les clients peuvent bénéficier de soins et de services pendant les moments de crise et par la suite, tout au long de leur cheminement. Le fait de demeurer au sein d'une seule et même organisation, même si la localisation des bâtiments peut changer, aide grandement les clients et les intervenants à fonctionner avec cohérence et en adéquation avec les besoins de chacun.

Les ressources technologiques mises de l'avant par le CAMH, notamment pour ce qui est de l'éducation relative à l'alcool, aux drogues et au jeu compulsif, constituent un atout important pour rejoindre des clientèles plus jeunes plus difficilement atteignables par les moyens traditionnels. Des applications mobiles, utilisables sur des téléphones intelligents, sont notamment conçues et offertes gratuitement aux clients dans le besoin. De plus, les travaux du CAMH, particulièrement ceux issus du secteur de la recherche sociale et épidémiologique, ont

eu des répercussions majeures quant à la compréhension des systèmes liés à l'organisation et à la dispensation des soins et services relatifs aux troubles concomitants.

Quelques éléments à retenir de l'expérience canadienne :

1. Comme la dispensation des soins et services relatifs à la santé mentale et à la dépendance est une compétence provinciale, il n'existe pas, à proprement dire, de politique pancanadienne sur les troubles concomitants.
2. L'attention sur la problématique des troubles concomitants ne s'est véritablement manifestée, au Canada, qu'à partir du début des années 2000. Préalablement, des travaux sur l'intégration des services de santé mentale avaient été conduits dans les années 1990, notamment par Santé Canada. Ceux-ci avaient entre autres recommandé l'établissement d'autorités de santé mentale régionales afin de créer un continuum cohérent entre le milieu de la pratique et l'organisationnel.
3. Les travaux de Santé Canada [2002], de Rush et ses collaborateurs [2008] ainsi que ceux du CCLT [2015] mettent tous l'accent sur l'importance d'instaurer des collaborations, à divers niveaux, entre la santé mentale et la dépendance. En fait, la collaboration, de concert avec les diverses formes d'intégration, demeure l'un des aspects les plus étudiés et recherchés dans les publications canadiennes et cela témoigne un souci d'amélioration continue des pratiques actuellement en place dans les provinces canadiennes.
4. À notre connaissance, mis à part le rapport GAP-MAP, il subsiste un déficit important en ce qui touche à l'évaluation des programmes et initiatives mis en œuvre pour les troubles concomitants dans les provinces canadiennes. Pour faire écho aux propos de Rush et ses collaborateurs [2008], il sera nécessaire d'effectuer plus d'évaluations si l'on veut établir des conclusions robustes quant aux soins et services relatifs aux troubles concomitants dans divers contextes.

2.2.3.1. Québec

« Peu développée (...), peu intégrée (...) et peu adaptée (...) » : voilà le constat que faisait, en 1993, l'ACRDQ par rapport à l'offre de services relative aux troubles concomitants. Si des progrès importants ont été faits tant du côté des traitements que de l'organisation des services, il semble impossible de conclure, actuellement, que la situation québécoise quant aux troubles concomitants est entièrement satisfaisante. La lorgnette que proposent les cinq documents suivants constitue, à cet égard, une vision intéressante de l'évolution de la problématique au Québec, et ce, à la fois sur le plan de l'évaluation de la situation que du développement des meilleures pratiques et de la création de modèles d'organisation des services :

- Toxicomanie et problèmes sévères de santé mentale : recension des écrits et état de situation pour le Québec de Céline Mercier et Béatrice Beaucage [1997];

- Organisation des services pour les personnes souffrant de problèmes de santé mentale et de toxicomanie de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre [1999];
- *Toxicomanie, jeu pathologique et troubles mentaux* de la Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanies (FQCRPAT) [2005];
- Projets « Bons coups » du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) [2011b];
- *Le guide d'accompagnement d'un partenariat* CRD-CSSS du CRD le Virage et du CSSS Pierre-Boucher.

Le rapport de Mercier et Beaucage [1997] affirme, déjà en 1997, que le fonctionnement du système de santé est trop morcelé et qu'il ne répond pas aux besoins des personnes qui présentent un trouble concomitant en santé mentale et en dépendance. Au Québec, le réseau de la réadaptation semble être celui qui s'est le plus développé et adapté à l'affluence de plus en plus grande des personnes aux prises avec un trouble concomitant en santé mentale et en dépendance. Malgré cela, les silos, historiquement constitués, viennent à inhiber la mise en place de nouveaux traitements basés sur des approches de type intégrées, nouvellement élaborées aux États-Unis et démontrant des résultats prometteurs [Mercier et Beaucage, 1997]. Autre constat intéressant de ce rapport : les interventions spécialement adaptées ont été élaborées *a priori* au sein du domaine de la dépendance plutôt qu'en santé mentale. Cela ne semble pas étranger au fait que la tendance qui prévalait à l'époque était, au sein du réseau de la dépendance, de concevoir « (...) des programmes spécialisés pour y référer la clientèle psychiatrique, bien que l'on retrouve le plus fort contingent de comorbidité avec des problèmes sévères dans le réseau de la santé mentale (de 30 à 50 %, en comparaison de moins de 10 % dans le réseau de la réadaptation en toxicomanie) » [Mercier et Beaucage, 1997, p. IV].

Dans un travail axé sur la région de Montréal, le rapport de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal, publié en 1999, affirme que les personnes présentant un trouble concomitant en santé mentale et en dépendance sont mal appréhendées par les diverses instances en place et qu'ils se retrouvent rarement au sein des soins ou services appropriés. Vis-à-vis de ce constat, il est recommandé, entre autres, d'adopter un modèle d'organisation des soins et services ayant pour substrat quatre principes organisateurs clés [Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1999] : 1) l'accessibilité des services adaptés doit être augmentée tout en veillant à n'exclure personne d'après sa condition; 2) l'ensemble des partenaires ont pour responsabilité d'adapter leurs soins et services aux personnes présentant un trouble concomitant en santé mentale et en dépendance; 3) la collaboration doit être présente entre les partenaires afin de créer un maillage solide transcendant les barrières disciplinaires; 4) l'intégration des services doit figurer à titre de priorité afin d'en améliorer l'efficacité.

Ce modèle présente certaines similitudes avec le modèle des quadrants. En effet, une subdivision des compétences selon les quatre principes organisateurs est proposée. Contrairement aux quadrants cependant, il ne s'agit pas d'orienter les personnes selon la gravité de la concomitance; il s'agit plutôt de piliers sur lesquels on trace une spirale incluant, de manière holistique, l'ensemble des acteurs et des principes ayant une incidence sur les soins et les services relatifs aux troubles concomitants. Il s'agit d'un exemple permettant d'arrimer les particularités régionales à des composantes organisationnelles plus larges tout en portant attention au caractère dynamique inhérent à la dispensation des soins et services.

Finalement, le document de l'ACRDO, paru en 2005, propose, dans la foulée des deux documents précédents, une discussion riche et intéressante portant sur les TC ainsi que sur le rôle des CRD et de leurs partenaires. Après une section portant sur la définition et la prévalence des TC, les auteurs s'attardent, à la lueur des données les plus à jour, aux meilleures pratiques tant relatives aux traitements qu'à la dispensation et à l'intégration des services; ils portent aussi une attention particulière à l'évaluation et au dépistage. Le document se conclut par l'énonciation d'une série de recommandations touchant à la fois l'organisation des services et les types de traitements. Il s'agit de l'un des rares documents de la littérature consultée abordant ces deux aspects, la plupart se contentant de creuser un aspect ou un autre. L'un des messages phares véhiculés dans le document demeure l'importance de former des partenariats officiels et durables avec les divers services de santé mentale de manière à définir une récurrence productive en matière de trajectoire de soins.

À ces observations s'ajoute une constante traversant les époques : les personnes présentant un trouble concomitant en santé mentale et en dépendance continuent, au Québec, d'affluer au sein des divers prestataires de soins responsables d'accueillir les cas légers comme les plus graves. Le document Bons coups, produit par le secteur Dépendances du MSSS, en 2011, fait état de plusieurs initiatives ayant réussi, au cours des dernières années, à appréhender cette clientèle.

1. L'Unité de psychiatrie des toxicomanies (UPT) du CHUM

Depuis 2008, l'UPT du CHUM offre un service de traitement intégré ayant pour objectif d'élaborer et d'évaluer des modèles intégrés de dépendance et de comorbidité psychiatrique tout en développant un service spécialisé appuyé par le département de psychiatrie du CHUM. Un volet universitaire orienté vers l'enseignement et la recherche fait aussi partie de l'UPT.

2. Les journées des partenaires des CSSS en santé mentale

Les douze CSSS de la région de Montréal souhaitaient rencontrer le Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire (CDC-IU) afin de faire connaître les services dispensés par chacun des organismes tout en repérant les lacunes relevées au sein du continuum de soins et services. Il s'agissait aussi de trouver des solutions de rechange, temporaires ou permanentes, à ces lacunes (tout en respectant les compétences et charges populationnelles de chacun des organismes) couplées à une compréhension fine des trajectoires complexes et diverses des personnes présentant un trouble concomitant en santé mentale et en dépendance.

3. Implantation des services de dépendance de première ligne dans la Baie-des-Chaleurs pour les personnes présentant un trouble concomitant en santé mentale et en dépendance

Nés d'un partenariat entre le CSSS Baie-des-Chaleurs et le CRD Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, les objectifs du programme étaient d'augmenter la qualité des services pour les personnes présentant un trouble concomitant en santé mentale et en dépendance par la consolidation des expertises tout en développant une offre de première ligne capable de répondre aux besoins de la population là où elle se situe. Ensuite, il s'agissait de créer une trajectoire de soins et de services simplifiée permettant un accès à la deuxième ligne qui soit cohérent et basé à la fois sur les besoins des personnes et sur la disponibilité des services de deuxième ligne. Les intervenants de deuxième ligne du CRD jouent un rôle d'appui et de conseil auprès de la première ligne, et une synergie intéressante est créée

par la tenue de nombreuses réunions cliniques regroupant les intervenants des deux milieux.

4. Le projet MOSAIC

Basé sur la Rive-Sud de Montréal, MOSAIC exerce ses activités, depuis 2009, selon la philosophie suivante : il est nécessaire d'offrir les services requis aux personnes présentant un trouble concomitant en santé mentale et en dépendance selon le diagnostic établi. Cela veut dire, de manière concrète, qu'une personne aux prises avec des troubles concomitants légers pourrait recevoir un traitement dispensé en parallèle ou en séquentiel, tandis qu'une autre atteinte de troubles concomitants graves bénéficierait d'une trajectoire de soins intégrés. Les deux établissements engagés dans ce programme conçu pour répondre au manque de soins et de services adaptés et spécialisés sont le CRD Le Virage ainsi que le CSSS Pierre-Boucher. En ayant pour but d'augmenter le degré de fonctionnement des personnes présentant un trouble concomitant en santé mentale et en dépendance, MOSAIC favorise la baisse d'utilisation des services tels l'urgence ou la deuxième ligne en psychiatrie. De plus, la structure d'accompagnement et de supervision clinique mise en place pour le projet permet à l'ensemble du personnel concerné de bénéficier d'une stabilité organisationnelle transversale tout en assurant la dispensation de soins et de services basés sur les meilleures pratiques (pour ce qui est des services et sur le plan organisationnel).

Inspiré du projet MOSAIC, le guide d'accompagnement d'un partenariat CRD-CSSS, rédigé en 2012 conjointement par le CRD le Virage et le CSSS Pierre-Boucher, constitue un document très important en ce qui touche aux modes de collaboration entre des établissements du réseau de la santé et des services sociaux du Québec. Même si la réalité actuelle est différente du contexte d'élaboration de ce guide, en raison de la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux, les principaux points apportés dans le document demeurent pertinents aujourd'hui et constituent des balises utiles pour revoir et bonifier une offre de services relative aux troubles concomitants.

Parmi les points abordés dans le document, on note comme particulièrement saillantes les sections 5 et 6, qui détaillent les stratégies à privilégier pour planifier et implanter un partenariat relatif aux troubles concomitants. Le positionnement stratégique, de même que l'implication des divers partenaires dans une démarche de changement, autant en ce qui concerne le suivi de gestion que le partage des outils, constituent toutes des stratégies décrites et expliquées afin de favoriser la réussite d'une démarche collaborative relative aux troubles concomitants.

On note aussi, de manière plus générale, que le document se veut plus une référence qu'un modèle prescriptif à implanter selon des balises strictes et contrôlées. À cet égard, il constitue un point de départ pertinent pour repérer les éléments à bonifier sans nécessairement devoir reconfigurer l'offre de services en place.

Pour confirmer ce qui précède, la question des troubles concomitants n'est pas étrangère aux autorités sociosanitaires québécoises, et ce, depuis plusieurs décennies. Elle a fait l'objet de rapports divers tout en étant reconnue, au sein des plans d'action en santé mentale (2005-2010 et 2015-2020) et dans l'Offre de services en dépendance 2007-2012, comme une problématique importante et digne d'une attention soutenue.

2.3 Question 3 : Quels traitements et interventions utilisés dans le cadre des modèles de dispensation des soins et des services aux personnes aux prises avec des troubles concomitants sont efficaces?

Les résultats obtenus en réponse à cette question sont basés sur les 13 revues systématiques et les 35 études primaires indépendantes incluses dans celles-ci qui répondent aux critères de sélection établis dans le cadre du présent avis.

Il est à noter que par « traitement intégré », nous nous référons ici à l'ensemble des traitements expérimentaux utilisés dans les 35 études retenues. Ces traitements sont dits intégrés dans la mesure où ils visaient à traiter simultanément le trouble mental et le trouble de dépendance de la personne. Il importe également de mentionner que tous ces traitements intégrés présentent une intégration de type vertical, qui se situe parfois du côté des interventions, de l'équipe traitante ou encore du programme (voir le cadre d'analyse à la case 2.2.2).

2.3.1 Efficacité des traitements intégrés selon les 13 revues systématiques retenues

L'annexe C1 fait état des principales caractéristiques des 13 revues systématiques retenues et de leurs principales conclusions. Parmi les 13 revues, nous comptons 4 méta-analyses, 1 revue réaliste, 4 revues systématiques d'essais cliniques randomisés et 4 revues systématiques combinant des devis expérimentaux et quasi expérimentaux. Selon la grille AMSTAR, 2 des 13 revues ont été jugées de faible qualité selon la grille AMSTAR, 3, de bonne qualité, et les autres, de qualité moyenne. Le nombre d'études recensées dans chacune des revues varie de 4 à 54, et totalise 265 études pour l'ensemble des revues. Les deux tiers de ces études ont cependant été publiés avant 2003 et certaines remontent aux années 1980.

Dans l'ensemble, les conclusions tirées par les auteurs des 13 revues systématiques montrent que les traitements intégrés semblent plus avantageux que les traitements usuels ou comparateurs. Les auteurs soulignent toutefois que dans bien des cas, les effets observés sont très modestes ou cliniquement non significatifs. Aussi, en raison de la très grande hétérogénéité des clientèles et des traitements utilisés, il n'est pas possible de conclure sur la supériorité des traitements intégrés pour intervenir auprès des personnes aux prises avec des troubles concomitants.

2.3.2 Efficacité des traitements intégrés selon les 35 études primaires retenues

Afin de réduire cette hétérogénéité, les critères PICOT utilisés pour sélectionner les revues systématiques ont aussi été appliqués aux 265 études recensées dans celles-ci, y compris le critère de l'horizon temporel. L'application de ces critères a conduit à la sélection définitive de 35 études primaires indépendantes. Les motifs d'exclusion des 56 études publiées à partir de 2003 sont présentés en annexe, au tableau A6.

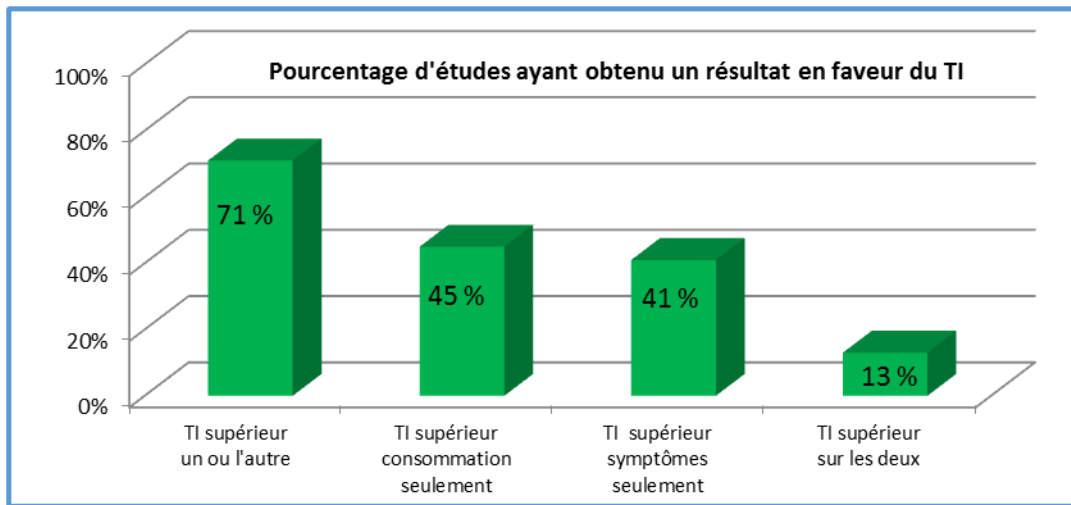
Le tableau C2, en annexe, fournit quant à lui les caractéristiques méthodologiques des 35 études retenues de façon détaillée. Afin d'alléger le texte, les études sont référencées dans le texte par

le numéro d'étude indiqué dans ce tableau. Mentionnons sommairement qu'à l'exception de quatre études (n^{os} 1, 22, 24, 33), les études ont eu recours à un devis randomisé (31 / 35 études) et que la majorité d'entre elles ont été menées aux États-Unis (22 / 35 études : n^{os} 3, 5, 7, 9, 11-16, 22-27, 29-33, 35). Une seule étude a été conduite au Canada (n^o 1), 5, en Australie (n^{os} 2, 10, 18-20), 3, au Royaume-Uni (n^{os} 4, 8, 21), 2, au Danemark (n^{os} 7 et 28), de même qu'une étude en Hollande (n^o 34) et une autre en Suisse (n^o 6). Sur les 35 études, 10 ont été évaluées comme étant de bonne qualité (n^{os} 4-6, 9-11, 15, 17, 23, 35), alors que 21 études étaient de qualité moyenne (n^{os} 1-3, 7, 8, 12, 16, 18, 21, 22, 24-34) et 4 de faible qualité (n^{os} 13, 14, 19, 20). Notons également que plus de la moitié des études ont été réalisées auprès de personnes qui avaient des troubles mentaux graves (21 / 35 études : n^{os} 1, 2, 4-8, 10, 11, 17-23) et les autres ont été menées auprès de personnes souffrant de troubles mentaux dits modérés (14 / 35 études; n^{os} 3, 9, 12-16, 24, 27, 31-35). De plus, toutes les études portant sur les troubles mentaux modérés ont été conduites aux États-Unis. La taille des échantillons varie de 19 personnes à 2 729 personnes, mais est inférieure à 100 personnes dans la moitié des études (17 / 35 études : n^{os} 1, 3, 6, 10, 14, 15, 18-21, 23, 27, 29, 30, 32, 34, 35). La durée des traitements varie de 2 séances d'une heure (n^{os} 23, 33) à un suivi intensif dans la communauté de 3 ans (n^o 11), et la durée des suivis post-traitement, le cas échéant, est de 2 semaines à 18 mois (18 / 35 études : n^{os} 2, 4, 6, 7, 9, 10, 12, 16, 18-21, 23, 24, 26, 31, 33, 34).

Rappelons, comme l'explique la section 1.3 de la méthodologie, qu'afin de repérer des tendances dans les résultats obtenus à travers les 35 études, celles-ci ont été classifiées comme étant en faveur du traitement intégré suivant l'obtention d'au moins un résultat statistiquement significatif qui indique une réduction plus importante de la consommation de substances psychoactives et (ou) des signes et symptômes cliniques de troubles mentaux chez les personnes qui ont reçu le traitement intégré que chez ceux qui ont reçu le traitement usuel ou le traitement comparateur. Rappelons également que cette classification ne tient pas compte du nombre de dimensions examinées dans l'étude ni de la taille de l'effet du résultat obtenu. La description détaillée des résultats obtenus dans les études est fournie en annexe, au tableau C3.

Les résultats obtenus dans les 35 études sur la base de la classification décrite ci-dessus sont illustrés à la figure 8.

Figure 8 Efficacité des traitements intégrés comparativement aux traitements usuels ou autres comparateurs pour intervenir auprès des personnes aux prises avec un trouble concomitant



Comme nous l'avons constaté, la majorité des études (25 / 35 études) indiquent que les traitements intégrés sont plus efficaces que les traitements usuels ou les traitements comparateurs utilisés pour réduire la consommation de substances psychoactives OU les signes et symptômes cliniques des troubles mentaux (n^{os} 1, 2, 4-9, 11, 14, 15, 18-20, 22, 24, 26, 28-35). Les résultats en faveur du traitement intégré sont observés tant sur la consommation de substances psychoactives (15 / 33 études : n^{os} 1, 4-6, 14, 15, 18-20, 28-30, 32, 33, 35) que sur les signes et symptômes cliniques des troubles mentaux (14 / 34 études : n^{os} 2, 5, 7-9, 11, 14, 18, 22, 24, 26, 28, 31, 34). Par contre, très peu d'études observent de façon concurrente des bénéfices à la fois sur la consommation de substances psychoactives et sur les signes et symptômes cliniques des troubles mentaux (4 / 32 études : n^{os} 5, 14, 18, 28).

Bénéfices des traitements intégrés sur la consommation de substances psychoactives

Les études ayant obtenu un résultat en faveur du traitement intégré sur la consommation de substances psychoactives indiquent que, comparativement au traitement usuel ou au comparateur, les traitements intégrés examinés entraînent :

- Une plus grande réduction de la fréquence et de la quantité d'alcool (n^{os} 1, 5, 14, 20, 29, 30, 32, 33), de cannabis (n^o 5) et de substances psychoactives consommées (n^{os} 4, 5, 18, 28, 33);
- Un taux d'abstinence plus élevé et de plus longues périodes d'abstinence (n^{os} 4, 5, 15, 19, 32, 34, 35);
- Une plus grande motivation chez les personnes à réduire leur consommation (n^o 4) et une plus grande confiance dans leur capacité de le faire (n^o 5);
- Moins de symptômes de sevrage et une plus grande réduction du désir et de l'intention de boire (n^o 29).

Ces bénéfices ont été observés à la fin du traitement et aux suivis de 3 mois (n^{os} 6, 18, 29, 34, 35), 6 mois (n^{os} 5, 20, 30, 32), 9 mois (n^o 1) et 12 mois (n^{os} 4, 14, 15, 19).

Bénéfices des traitements intégrés sur les signes et symptômes cliniques des troubles mentaux

Les études ayant obtenu un résultat en faveur du traitement intégré sur les signes et symptômes cliniques des troubles mentaux rapportent que, comparativement au traitement usuel ou au comparateur, les traitements intégrés entraînent :

- Une plus grande réduction des symptômes psychotiques, négatifs, dépressifs, anxieux, parasuicidaires et émotionnels (n°s 2, 3, 8, 9, 14, 18, 24, 26, 28, 31, 34, 35);
- Une plus grande réduction du nombre de personnes hospitalisées et de la durée moyenne de séjour (n°s 5, 7, 14, 18, 22, 28);
- Un meilleur fonctionnement psychosocial et global (n°s 2, 5, 26);
- Une plus grande réduction du coût des services externes et internes (n° 25);
- Des bénéfices observés à la fin du traitement (n° 9) et aux suivis de 3 mois (n°s 2, 18), 6 mois (n°s 5, 7), 9 mois (n°s 31, 34), 12 mois (n°s 14, 22, 24), 18 mois (n°s 8, 26,) et 24 mois (n°s 11, 26).

Autres bénéfices engendrés par les traitements intégrés

Sur les 15 études ayant évalué les effets des traitements intégrés sur d'autres dimensions que la consommation de substances psychoactives et les signes et symptômes cliniques des troubles mentaux, 11 études (73 %) rapportent que, comparativement au traitement usuel ou au comparateur, les TI entraînent une plus grande réduction du nombre de besoins non comblés (n° 8) et du nombre d'arrestations (n°s 5, 22) ou une amélioration de : la qualité de vie (n°s 1, 5, 21), la satisfaction envers le traitement (n° 9), l'alliance thérapeutique (n° 3), la santé physique (n° 7), la qualité de sommeil (n° 15), du statut occupationnel (n° 7), des finances (n° 30) et du temps passé en logement (n° 31).

Il est à noter qu'en raison du nombre limité d'études portant sur chacune de ces dimensions, celles-ci n'ont pas été considérées lors des analyses comparatives. Seuls les résultats propres à l'efficacité, liés à la consommation de substances psychoactives et aux signes et symptômes cliniques des troubles mentaux, ont été retenus dans les analyses comparatives visant à évaluer dans quelle mesure l'efficacité des traitements intégrés est associée aux différents éléments du cadre conceptuel proposé par Merkes et ses collaborateurs [2010], à la p. 10.

2.3.3 Éléments des modèles d'organisation des services liés à l'efficacité des traitements intégrés

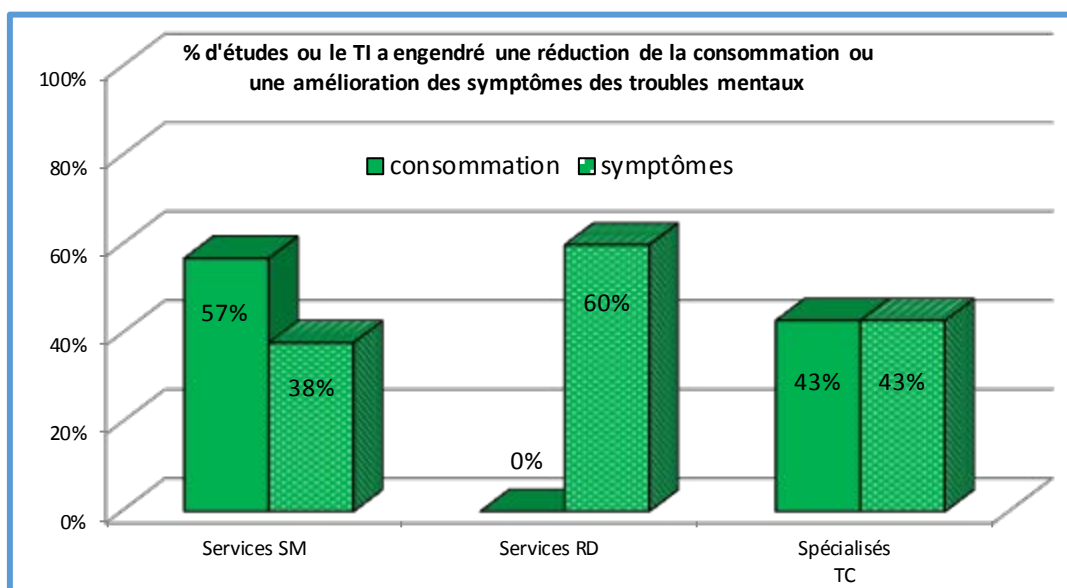
Le tableau de l'annexe C4 synthétise les éléments et composantes du cadre d'analyse liés à l'organisation des services dispensés aux personnes aux prises avec un trouble concomitant qui ont pu être documentés à travers les études. Les résultats en faveur du traitement intégré expérimental sont illustrés dans ce tableau à l'aide de pastilles de couleur verte et ceux en faveur du traitement comparateur, à l'aide de pastilles blanches encadrées en rouge. Les cases grises indiquent que la dimension en question n'a pas été évaluée dans l'étude.

Constat qui ressort de ce tableau, très peu d'éléments liés à l'organisation des services figurent dans les études d'efficacité recensées ici. De fait, la structure ou le type de service (voir la case 1.2.3 du cadre d'analyse) est le seul élément en lien avec l'organisation des services qu'il

nous a été possible de documenter. Sur les 35 études retenues, 21 ont été conduites par des services de santé mentale (n^{os} 2, 4-6, 8, 10, 11, 14, 15, 17-20, 23, 25-30, 35), 5, par des services de réadaptation en dépendance (n^{os} 3, 12, 16, 31, 34) et 7, par des services spécialisés dans le traitement des troubles concomitants (n^{os} 1, 7, 13, 22, 24, 32, 33). L'étude de Madigan (n^o 21) n'a pu être classifiée. Dans cette étude, les résultats de deux centres de services en santé mentale et un service de réadaptation en dépendance sont présentés de façon combinée.

L'analyse des résultats en fonction du type de service indique que les traitements intégrés dispensés par des services de santé mentale entraînent plus souvent des améliorations sur la consommation de substances psychoactives (12 / 21 études : n^{os} 4-6, 14, 15, 18-20, 28-30, 35) que sur les signes et symptômes cliniques des troubles mentaux (8 / 21 études : n^{os} 2, 5, 8, 11, 14, 18, 26, 28). À l'inverse, les traitements intégrés dispensés par des services de réadaptation en dépendance engendrent plus souvent des améliorations sur les signes et symptômes cliniques des troubles mentaux (3 / 5 études : n^{os} 9, 31, 34) que sur la consommation de substances psychoactives (0 / 4 études). Les bénéfices des traitements intégrés dispensés par des centres spécialisés dans le traitement des troubles concomitants tendent pour leur part à être observés autant sur la consommation de substances psychoactives (3 / 7 études : n^{os} 1, 32, 33) que sur les signes et symptômes cliniques des troubles mentaux (3 / 7 études : n^{os} 7, 22, 24).

Figure 9 Bénéfices des traitements intégrés, selon le type de service



2.3.4 Éléments des modèles de dispensation des soins liés à l'efficacité des traitements intégrés

Ce sont sur les éléments situés au niveau de la dispensation des soins (voir la case 2 du cadre d'analyse), et principalement sur ceux en lien avec les pratiques de soins (voir la colonne 2.2), que portent la plupart des études d'efficacité recensées dans le cadre du présent avis. Les éléments qui ont été documentés à travers les études concernent les protocoles de traitement (voir la case 2.1.3) et le niveau d'intégration des traitements (voir la case 2.2.2).

2.3.4.1 Protocole de traitement adapté ou non aux besoins de la personne

Comme il est possible de le constater au tableau C4, le recours à un protocole de traitement adapté ou non aux besoins de la personne (voir la case 2.1.3) est le seul élément parmi les politiques et procédures encadrant la dispensation de soins qui soit documenté à travers les études. Afin d'évaluer l'influence de cet élément sur l'efficacité des traitements intégrés, les traitements utilisés dans les 35 études ont été classifiés comme étant : 1) très flexible; 2) structuré, mais flexible; ou 3) très structuré. Les caractéristiques des traitements intégrés considérées pour établir cette classification sont présentées dans encadré⁸ qui suit.

NIVEAUX DE FLEXIBILITÉ DES TRAITEMENTS INTÉGRÉS EN REGARD DES BESOINS DES PERSONNES

TRÈS FLEXIBLE : *traitement généralement structuré qui porte sur la nature ou l'esprit de l'intervention plutôt que sur le matériel qui doit être abordé avec la personne à chaque séance. Les thèmes discutés et le contenu des séances sont entièrement adaptés aux besoins et au rythme de la personne. La durée du traitement ou le nombre de séances sont flexibles et ceux-ci sont généralement administrés de façon individuelle. Les programmes de suivi intensif dans la communauté ainsi que les traitements basés principalement sur l'entretien motivationnel, la réduction des méfaits et la prévention de la rechute sont souvent de cet ordre (13 études : n^{os} 1, 4, 7, 8, 11, 14, 17, 19, 22, 25, 27, 28, 29);*

STRUCTURÉ, MAIS FLEXIBLE : *traitement généralement hautement structuré. Les thèmes où le matériel à couvrir est explicite, mais pas détaillé séance par séance. Le nombre de séances ou la durée du traitement est préétabli, mais présente une certaine marge de manœuvre (p. ex., quelques séances supplémentaires ou des séances plus rapprochées ou échelonnées sur une plus longue période de temps. Les objectifs du traitement et son contenu sont déterminés par le rythme et la capacité de changement de la personne (8 études : n^{os} 3, 6, 10, 20, 23, 26, 31, 33);*

HAUTEMENT STRUCTURÉ : *traitement hautement structuré dont le contenu est hautement organisé et généralement détaillé séance par séance. Le nombre de séances est fixe et s'échelonne sur une période de temps limitée. La fidélité au traitement est évaluée à la fin de chaque séance à l'aide d'une grille d'observation et souvent, par un observateur indépendant. Les traitements basés principalement sur la thérapie cognitivo-comportementale administrés en groupe sont souvent de cet ordre (9 études : n^{os} 2, 5, 9, 12, 13, 18, 30, 34, 35).*

Influence sur la consommation de substances psychoactives

Les résultats obtenus à la suite de cette classification indiquent que la moitié des études ayant eu recours à un traitement intégré très flexible (6 / 12 études : n^{os} 1, 4, 14, 19, 28, 29) ainsi que la moitié de celles ayant eu recours à un traitement intégré hautement structuré (4 / 8 études : n^{os} 5, 18, 30, 35) ont obtenu un résultat en faveur du traitement intégré pour réduire la consommation de substances psychoactives. Sur les études ayant eu recours à un traitement structuré administré avec une certaine flexibilité, environ le tiers ont obtenu un résultat en faveur du traitement intégré.












⁸ Les informations fournies dans cinq études se sont avérées insuffisantes pour classifier les traitements intégrés examinés et celles-ci ont été omises de l'analyse comparative (n^{os} 15, 16, 21, 24, 32).

La seule tendance qui a pu être dégagée à partir de ces résultats concerne les traitements intégrés hautement structurés. Comme il est possible de le constater dans le tableau 2 ci-contre, les quatre études qui ont obtenu un résultat en faveur de ce type de traitement ont été conduites par des services de santé mentale (SSM) et auprès de personnes qui présentent des troubles mentaux graves (TMG). De fait, l'étude de Baker (n° 2) est la seule étude réalisée par un service en santé mentale auprès de cette clientèle à ne pas avoir obtenu un résultat en faveur du traitement intégré.

Les autres études qui n'ont pas obtenu une réduction plus importante de la consommation de substances psychoactives avec un traitement intégré hautement structuré ont été réalisées par des services de réadaptation en dépendance (SRD : n°s 12, 34) et un centre spécialisé dans le traitement des troubles concomitants (CSTC : n° 13), auprès de personnes aux prises avec un trouble de stress post-traumatique (TSPT : n° 12), une dépression majeure (DM : n° 13) et un trouble anxieux (n° 34).

Aucune tendance n'a pu être dégagée quant à l'influence de la flexibilité des traitements intégrés en regard des besoins de la personne sur les signes et symptômes cliniques des troubles mentaux.

Tableau 2 Efficacité des traitements intégrés hautement structurés

n° d'étude	Type de service	Trouble mental	Effets observés	
			Cons.	Symp.
2	SSM	TMG	pds	
5	SSM	TMG		
18	SSM	TMG		
30	SSM	TMG		pds
35	SSM	TMG		
12	SRD	DM	pds	pds
13	SSTC	TSPT		
34	SRD	Troubles anxieux	pds	

2.3.4.2 Niveau d'intégration des traitements intégrés

Comme nous en avons fait mention précédemment, les études d'efficacité recensées ici portent généralement sur la séquence de traitement des troubles (voir la case 2.2.2) et plus rarement, sur les autres éléments liés à la dispensation des soins.

Sur les 35 études, celle de Mangrum (n° 22) est la seule à avoir comparé directement un traitement intégré à un traitement parallèle, et celle de Schadé (n° 34) est la seule étude qui a comparé un traitement parallèle à un programme régulier de réadaptation en dépendance. Le traitement intégré utilisé dans l'étude de Mangrum (n° 22) est un programme de suivi intensif en santé mentale administré par une équipe traitante composée de spécialistes en santé mentale et en dépendance. Le programme s'appuie sur le traitement IDDT (*Integrated Dual Disorder Treatment*) élaboré par Drake, aux États-Unis, et est entièrement adapté aux personnes qui ont des troubles mentaux graves et des troubles liés à la consommation de substances psychoactives. Ce programme a été comparé à un traitement en santé mentale et à un traitement de réadaptation en dépendance, offerts de façon indépendante par deux cliniques différentes. Les résultats obtenus dans cette étude indiquent une réduction plus importante du

taux d'hospitalisation et d'arrestation chez les personnes qui ont eu le programme de suivi intensif intégré, comparativement à ceux qui ont suivi le traitement parallèle. Les résultats s'appuient sur des données administratives et n'incluent pas de mesures directes de la consommation de substances psychoactives. Bien que qualifié de traitement intégré parce qu'il aborde simultanément le trouble mental et le trouble de dépendance, le traitement expérimental utilisé dans l'étude de Schadé (n° 34) est plutôt de type parallèle, puisqu'il n'existe pas de liens entre les deux prestataires de soins et que les traitements administrés par l'un et l'autre n'ont pas été adaptés à la clientèle qui ont des troubles concomitants. Dans l'étude de Schadé (n° 34), les personnes du groupe expérimental et du groupe témoin participent à un programme résidentiel de réadaptation en dépendance. Les personnes du groupe expérimental reçoivent en plus 12 séances de thérapie cognitivo-comportementale dispensées à l'extérieur du centre par une clinique spécialisée dans le traitement des troubles anxieux. Les résultats de l'étude révèlent que le programme résidentiel de réadaptation en dépendance combiné à 12 séances de thérapie cognitivo-comportementale administrées en parallèle est plus efficace que le programme de réadaptation en dépendance administré seul pour réduire les symptômes d'anxiété et les comportements d'évitement chez les personnes qui souffrent de phobie sociale.

Dans les études d'efficacité recensées ici, l'intégration des traitements est généralement de type vertical et peut se situer à l'un ou l'autre des trois niveaux suivants (voir la case 2.2.2.1) :

1. Intégration au niveau des interventions;
2. Intégration au niveau de l'équipe traitante;
3. Intégration au niveau du programme.

NIVEAUX D'INTÉGRATION VERTICALE

INTÉGRATION AU NIVEAU DES INTERVENTIONS : Les traitements intégrés de la catégorie des interventions sont dispensés soit par un prestataire de soins en santé mentale soit par un prestataire de soins en dépendance, et consistent généralement à ajouter des interventions de l'autre discipline au traitement usuel ou à combiner des interventions des deux disciplines (23 études : n°s 2-6, 9, 10, 12, 14-19, 21, 26, 27, 29-31, 33, 35).

INTÉGRATION AU NIVEAU DE L'ÉQUIPE TRAITANTE : Les traitements intégrés de la catégorie de l'équipe traitante sont dispensés au sein d'un secteur unique par un ou des intervenants formés en santé mentale et en dépendance ou encore par des intervenants spécialisés dans l'une et l'autre de ces disciplines travaillant au sein d'une même équipe multidisciplinaire (6 études : n°s 8, 11, 20, 23, 25, 28).

INTÉGRATION AU NIVEAU DU PROGRAMME : Les traitements intégrés de la catégorie du programme sont caractérisés par la dispensation, sous un même toit, d'interventions en santé mentale et en dépendance administrées de façon coordonnée et cohérente par des intervenants des deux disciplines spécialisés dans le traitement des troubles concomitants (6 études : n°s 1, 7, 13, 22, 24, 32).

Les résultats de l'analyse indiquent que parmi les 34 études ayant eu recours à un traitement intégré⁹, et sur la base des définitions fournies dans l'encadré, le tiers des études ayant eu

⁹ Exclusion de l'étude de Schadé (n° 34) où le traitement n'était pas intégré, mais parallèle.

recours à un traitement intégré au niveau de l'équipe traitante (2 / 6 études : n^{os} 20 et 28) et au niveau du programme (2 / 6 études : n^{os} 1 et 32) ont obtenu un résultat en faveur du traitement intégré sur la consommation de substances, alors que la moitié d'entre elles ont obtenu un résultat en faveur du traitement intégré sur les signes et symptômes cliniques des troubles mentaux (3 / 6 études : n^{os} 8, 11, 28 et n^{os} 7, 22, 24, respectivement). La proportion d'études ayant obtenu un résultat en faveur du traitement intégré est la même parmi les études ayant eu recours à un traitement intégré au niveau des interventions bien que celle-ci soit inversée. En effet, la moitié des études de cette catégorie ont obtenu un résultat en faveur du traitement intégré sur la consommation de substances psychoactives (11 / 22 études : n^{os} 4, 5, 6, 14, 15, 18, 19, 29, 30, 33, 35) et le tiers d'entre elles sur les signes et symptômes cliniques des troubles mentaux (7 / 21 études : n^{os} 2, 5, 9, 14, 18, 26, 31). Aucune caractéristique des études susceptible d'être associée à l'obtention de résultats convergents ou divergents n'a toutefois pu être décelée.

2.3.4.3 Autres modalités de dispensation des traitements intégrés

Aucun autre élément lié à la dispensation des soins (voir les colonnes 2.1 et 2.2) proposé dans le cadre d'analyse de la figure 1 n'a pu être documenté de façon systématique dans les 35 études recensées ici. Toutefois, et comme le présente le tableau C4, d'autres éléments d'intérêt liés à la dispensation des traitements intégrés étaient facilement disponibles et ont pu être analysés. C'est le cas notamment du format d'administration du traitement (individuel ou en groupe), de la nature des approches et des interventions utilisées et de la durée et de l'intensité du traitement. Comme dans le cas précédent, aucune tendance n'a pu être dégagée lors de la comparaison des études sur la base de ces éléments considérés isolément. Nous avons donc opté pour une perspective plus englobante qui tient compte des principales caractéristiques des traitements intégrés comme la clientèle visée, l'approche dominante, le milieu de soins, etc. Cette stratégie nous a permis de regrouper les traitements intégrés examinés ici dans cinq grandes catégories :

1. Les traitements intégrés combinant des interventions brèves en dépendance à des traitements en santé mentale (7 études : n^{os} 1, 6, 18, 19, 20, 23, 33);
2. Les traitements intégrés combinant des interventions en santé mentale à des traitements intensifs en dépendance (4 études : n^{os} 7, 9, 31, 34);
3. Les traitements intégrés pour des troubles concomitants en particulier (15 études : n^{os} 2-5, 10, 12-14, 16, 17, 21, 24, 26, 30, 35);
4. Les programmes intégrés de suivi intensif et de gestion de cas en santé mentale (5 études : n^{os} 8, 11, 22, 25, 28);
5. Les traitements combinant des interventions psychosociales et de la pharmacothérapie (n^{os} 15, 27, 29, 32).

Les prochaines sections font état des tendances dégagées à l'aide de cette classification sur la consommation de substances psychoactives ainsi que sur les signes et symptômes cliniques des troubles mentaux chez les personnes qui ont des troubles concomitants.

Influence sur la consommation de substances psychoactives

Comme l'illustre le tableau 3 ci-dessous, il est possible de constater que toutes les études ayant eu recours à des interventions brèves en dépendance combinées au traitement usuel en santé mentale, sauf une, ont observé une plus grande réduction de la consommation de substances

psychoactives chez les personnes de ce groupe que parmi ceux ayant reçu le traitement usuel ou comparateur (6 / 7 études : n^{os} 1, 6, 18, 19, 20, 33). Les interventions qui ont été utilisées dans ces études sont l'entretien motivationnel (EM : n^{os} 1, 6, 18, 33), le programme « *Start Over and Survive* » basé sur la réduction des méfaits (RM : n^o 19), et le programme « *Stop Using Stuff* » s'appuyant sur la thérapie cognitivo-comportementale et la réduction des méfaits (n^o 20). Ces interventions peuvent porter sur des thèmes particuliers ou être guidées par des lignes directrices générales, et sont de courte durée (de 2 à 10 séances). Elles ont été administrées en groupe dans trois études (n^{os} 18, 33) et de façon individuelle dans les trois autres (n^{os} 6, 19, 20). Les interventions en dépendance sont administrées par des intervenants en santé mentale à des personnes hospitalisées (n^{os} 19, 33) ou qui reçoivent des soins ambulatoires (n^{os} 1, 6, 18, 20, 23). L'étude de Martino (n^o 23) est la seule à ne pas avoir obtenu de résultat en faveur du traitement intégré. C'est également la seule de cette catégorie à avoir été conduite auprès de personnes qui ont une dépendance liée à l'usage de la cocaïne dans 57 % des cas, alors que dans les autres études, toutes les personnes présentaient un trouble lié principalement à l'usage de l'alcool et (ou) du cannabis.

L'autre tendance dégagée en lien avec la consommation de substances psychoactives concerne la combinaison d'agents pharmacologiques et d'interventions psychosociales en dépendance ou en santé mentale. Les agents pharmacologiques sont sélectionnés en raison de leurs effets présumés ou reconnus sur les symptômes des troubles mentaux et (ou), dans ce cas-ci, sur la consommation d'alcool. Comme le tableau 4 permet de le constater, trois des quatre études ayant eu recours à ce type de traitement intégré (n^{os} 15, 29, 32) se sont avérées plus efficaces pour réduire la consommation d'alcool que les mêmes interventions psychosociales combinées à un placebo. La dépendance à l'alcool était concomitante à une dépression majeure dans deux études (n^{os} 15, 27), à un trouble bipolaire dans une autre (n^o 32) et à un trouble du spectre schizophrénique dans la troisième (n^o 29).

Tableau 3 Efficacité des interventions brèves en dépendance combinées au traitement usuel en santé mentale

n°	Trouble mental	Traitement intégré	Effets observés	
			Cons.	Symp.
1	TMG	9 séances d'EM + ACT intégré		pds
6	Spectre schizo	10 séances d'EM		pds
18	Spectre schizo	9 séances d'EM + PR + RM		
19	Spectre schizo	3 heures de SOS		Pas analysé
20	TMG	4-6 séances de SUS		pds
23	TMG	2 séances d'EM	pds	pds
33	Troubles de l'humeur ou anxieux	2 séances d'EM		

Tableau 4 Efficacité de la pharmacothérapie combinée à des interventions psychosociales

n°	Trouble mental + alcool	Traitement intégré	Effets observés	
			Cons.	Symp.
15	DM	Néfazodone + thérapie de soutien (2 mois)		pds
27	DM	Naltrexone + sertraline + BRENDA (3 mois)	pds	pds
29	Spectre schizo	Naltrexone + TCC intégrée + Tr. usuel SM (3 mois)		pds
32	Trouble bipolaire	Valproate + lithium + DDRC (3 mois)		pds

L'agent pharmacologique utilisé dans l'étude de Salloum et ses collaborateurs (n° 32) est le valproate, anticonvulsivant qui a des effets thérapeutiques reconnus sur les symptômes de manie et des effets thérapeutiques potentiels sur la consommation d'alcool. Dans l'étude d'Hernandez-Avila (n° 15), c'est un antidépresseur qui est utilisé, la néfazodone, et dans celle de Petrakis (n° 29), du naltrexone. Ces agents pharmacologiques ont été combinés à un traitement usuel en dépendance dans une étude (n° 15) et à une thérapie cognitivo-comportementale intégrée dans les deux autres (n°s 29, 32). L'étude d'Oslin (n° 27) est la seule des quatre études à ne pas avoir obtenu de résultat en faveur du traitement intégré. Cette étude a été réalisée auprès de personnes qui souffrent de dépression majeure, mais celle-ci était induite par l'alcool dans 64 % des cas. Les personnes de cette étude sont également plus âgées que les personnes des autres études; elles ont en moyenne 63 ans, comparativement aux autres, âgées en moyenne de 43 et 46 ans (n°s 15, 29).

Influence sur les signes et symptômes cliniques des troubles mentaux

Deux tendances ont également été dégagées en lien avec les signes et symptômes cliniques des troubles mentaux. Elles concernent le recours à des programmes de suivi intensif et de gestion de cas intégrés ainsi que l'intégration d'interventions en santé mentale au sein de programmes de réadaptation intensifs en dépendance. Les tableaux 5 et 6 illustrent les résultats obtenus.

Tableau 5 Efficacité des programmes de suivi intensif et des programmes de gestion de cas intégrés











n°	Trouble mental	Traitement intégré	Effets observés	
			Cons.	Symp.
8	Spectre schizo	Gestion de cas intégrée (18 mois)	pds	
11	TMG	ACT intégré (3 ans)		
22	TMG	ACT intégré (1 an)		
25	TMG	ACT intégré (2 ans)	pds	pds
28	Spectre schizo	ACT enrichi (2 ans)		

Tableau 6 Efficacité des interventions en santé mentale combinées à des programmes de réadaptation intensifs en dépendance

n°	Trouble mental	Traitement intégré	Effets observés	
			Cons.	Symp.
7	TMG	SMART 25 h / sem. (6 mois)		
9	Troubles de l'humeur ou anxieux	8 séances de LETS Act + 1 mois de programme résidentiel		
31	Symptômes dépressifs	DART 9 hr / sem. (3 mois)	pds	
34	Troubles anxieux	12 séances de TCC + 25 h / sem. (3 mois)	pds	

Les résultats présentés au tableau 5 indiquent que les programmes de suivi intensif et de gestion de cas en santé mentale auxquels sont intégrés des intervenants en dépendance ou des intervenants formés sur les troubles concomitants sont plus efficaces que les mêmes programmes administrés par des équipes traitantes régulières (4 / 5 études : n^{os} 8, 11, 22, 28) pour intervenir sur les signes et symptômes cliniques des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves. De fait, l'étude de Morse et ses collaborateurs (n° 25) est la seule de cette catégorie à ne pas avoir obtenu de différence significative entre le programme de gestion de cas intégré et non intégré. C'est également la seule étude à avoir été conduite auprès de sans-abris.

Il est également possible de constater, au tableau 6, que trois des quatre études ayant intégré des interventions en santé mentale à leur programme de réadaptation intensif en dépendance ont obtenu une plus grande amélioration de l'état mental chez les sujets évalués (n^{os} 9, 31, 34) qu'avec seulement les mêmes programmes de réadaptation. Une telle amélioration a été observée à la fin du traitement dans une étude (n° 9) et au suivi de neuf mois dans les deux autres (n^{os} 31, 34). Les personnes présentaient un trouble de l'humeur ou un trouble anxieux

concomitant à une dépendance aux stimulants / opiacés dans deux études (n° 9, 31) et à une dépendance à l'alcool dans l'autre (n° 34). Outre leur caractère intensif, les traitements utilisés diffèrent toutefois considérablement d'une étude à l'autre. Le programme LETS Act¹⁰ utilisé dans l'étude de Daughters (n° 9) est basé sur l'augmentation des activités plaisantes, la surveillance des symptômes dépressifs et la relaxation musculaire. Le contenu du programme est administré à l'aide d'un manuel et est échelonné sur six séances et une période de deux semaines. Le programme est administré en groupe de trois à cinq personnes et est suivi de séances quotidiennes de maintien pendant les deux semaines suivantes. La personne commence généralement le programme LETS Act trois semaines après son arrivée au centre. Le centre compte 136 lits et les séjours sont d'une durée de 60, 90 ou 180 jours. Les personnes doivent avoir obtenu un résultat négatif au dépistage d'alcool et de drogues (analyse d'urine) pour être admises. De plus, l'obtention d'un résultat positif au dépistage par analyse d'urine pendant le séjour entraîne une expulsion immédiate. Les personnes participent à une démarche de réadaptation de groupe du lundi au jeudi, de 9 heures à 20 heures, ainsi qu'à des réunions des Alcooliques anonymes. Quant au programme DART¹¹ utilisé dans l'étude de Sacks (n° 31), il comprend du counseling individuel et de groupe, de la psychoéducation, des techniques de prévention de la rechute, des stratégies d'adaptation (*coping*) et de responsabilisation de soi ainsi que le soutien du groupe de pairs. Le programme est guidé par un manuel et administré en externe à raison de 3 heures par jour, 3 jours par semaine, pendant 12 semaines. Le traitement utilisé dans l'étude de Schadé (n° 34) comprend pour sa part 12 séances individuelles de thérapie cognitivo-comportementale. Celles-ci étaient guidées par un manuel et combinées au programme de groupe régulier en dépendance visant l'abstinence. Le programme était offert sur une base interne ou externe à raison de 25 heures par semaine pendant 12 semaines.

L'étude de Brooks (n° 7) est la seule étude de cette catégorie à ne pas avoir obtenu de différence significative avec ce type de traitement intégré. Celui-ci a été administré par un centre spécialisé dans le traitement des troubles concomitants comprenant une unité de désintoxication et des services en santé mentale et en dépendance internes et externes. Selon les auteurs, cette offre de services est complètement intégrée et basée sur des données probantes. La famille et les groupes de pairs participent au traitement et le centre entretient des liens étroits avec des partenaires de la communauté. Le traitement intégré SMART¹² examiné dans l'étude s'appuie sur une thérapie cognitivo-comportementale et la réduction des méfaits. Il est offert sur une base externe intensive à raison de 5 heures par jour, 5 jours par semaine, pendant 6 mois. L'étude de Brooks est cependant la seule à avoir été menée auprès de personnes qui présentent des troubles mentaux graves et, par définition, des signes et symptômes cliniques plus persistants que dans le cas de troubles dépressifs et anxieux.

Influence du comparateur sur les résultats obtenus

Tout comme les traitements intégrés, les traitements comparateurs utilisés dans les études présentent des différences importantes. Dans certains cas, le traitement intégré est comparé à une version non intégrée du même programme ou au traitement usuel en santé mentale (13 études : n° 1, 4, 6, 8, 14, 17, 19-21, 23-25, 28) ou en dépendance (8 études : n° 3, 9, 12, 13, 15, 16, 31, 34) et dans d'autres cas, à un autre traitement ciblant à la fois le trouble mental et le

¹⁰ LETS Act : *Life Enhancement Treatment for Substance Abuse*.

¹¹ DART : *Dual Assessment Recovery Tract*.

¹² SMART : *Self-management and Recovery Tract*.










trouble de dépendance, mais avec une approche, des interventions ou une intensité différentes (14 études : n^{os} 2, 5, 7, 10, 11, 15, 18, 26, 27, 29, 30, 32, 33, 35). Comme dans ce dernier cas, le traitement expérimental et le comparateur ciblent les deux troubles, nous avons regardé dans quelle mesure ce type de comparateur influençait les résultats obtenus. Pour ce faire, nous avons classifié les études en trois catégories selon qu'elles avaient eu recours à un comparateur ciblant les deux troubles ou plutôt à un comparateur axé uniquement sur le trouble de santé mentale ou le trouble de dépendance.

Les résultats indiquent que le recours à un comparateur ciblant les deux troubles ne rend pas l'obtention de différence significative moins probable que lorsque le traitement intégré expérimental est comparé au traitement usuel en santé mentale ou en dépendance. En effet, 8 des 14 études (57 %) ayant comparé le traitement intégré expérimental à un autre traitement intégré ont obtenu un résultat en faveur du traitement intégré expérimental pour réduire la consommation de substances psychoactives comparativement à 8 des 20 études (40 %) ayant comparé le traitement intégré au traitement usuel en santé mentale. La même tendance est observée quant à la proportion d'études ayant obtenu un résultat en faveur du traitement intégré pour améliorer les signes et symptômes cliniques des troubles mentaux (6 / 14 études ayant comparé deux traitements intégrés et 6 / 20 études ayant comparé le traitement intégré au traitement usuel en santé mentale ou en dépendance).

Le tableau 7 ci-contre permet cependant de constater que 4 des 5 études où le comparateur s'est avéré supérieur au traitement intégré ont eu recours à un traitement basé sur la thérapie en 12 étapes (n^{os} 7, 35) ou visant à faciliter l'adhésion à cette approche (n^{os} 3, 13).

De plus, il est à noter qu'outre la similitude quant au comparateur utilisé, le traitement intégré utilisé dans quatre des cinq études était principalement fondé sur la thérapie cognitivo-comportementale.

Tableau 7 Études ayant obtenu des résultats en faveur du traitement comparateur

n°	Troubles	Traitement intégré	Comparateur	Effets observés	
				Cons.	Symp.
3	Personnalité + stimulants ou opiacés	DDST ¹³ (TCC + PR)	12-SFT ¹⁴	pds	
7	TMG et substances variées	SMART (variante de la TCC)	Basé sur 12 étapes adaptées pour TC		
11	TMG et substances variées	ACT intégré	Gestion de cas intégrée		
13	DM + substances variées	TCC intégrée	12-SFT		
35	Bipolaire + substances variées	TCC intégrée	Basé sur 12 étapes		

¹³ Dual Focus Schema Therapy.

¹⁴ 12-Step Facilitation Therapy.

2.3.5 Efficacité des traitements intégrés selon la condition de la personne

Deux éléments du cadre d'analyse se situant au niveau de la personne (voir la colonne 3) ont été mis en relation avec les résultats d'efficacité obtenus à travers les études, soit le type de trouble mental et le type de dépendance. Pour ce faire, les études ont été regroupées en fonction de la composition de leur échantillon. Il est à noter que ces regroupements ne couvrent pas l'ensemble des catégories diagnostiques et qu'en raison de leur petit nombre, ou de leur caractère unique, certaines études ont tout simplement été regroupées dans la catégorie « Autres études ».

2.3.5.1 Efficacité des traitements intégrés selon le type de trouble mental

Pour analyser l'efficacité des traitements intégrés en fonction du trouble mental, les études ont été regroupées selon le type de trouble mental¹⁵ que présentaient les personnes composant leur échantillon, dans les quatre catégories suivantes :

1. Études menées uniquement auprès de personnes qui ont des troubles schizophréniques (8 études : n°s 4, 6, 8, 10, 17, 19, 28, 29);
2. Études conduites auprès de personnes qui présentent des troubles schizophréniques ou d'autres troubles mentaux graves (13 études : n°s 1, 2, 5, 7, 11, 18, 20-23, 25, 26, 30);
3. Études réalisées auprès de personnes qui présentent un trouble de l'humeur et (ou) un trouble anxieux (9 études : n°s 9, 13, 15, 27, 31-35);
4. Autres études effectuées auprès de personnes aux prises avec un trouble de stress post-traumatique (3 études : n°s 12, 16, 24) ou un trouble de la personnalité (2 études : n°s 3 et 14).

Il est important de remarquer qu'à l'exception de deux études (n°s 7, 29), toutes les études réalisées auprès de personnes aux prises avec un trouble schizophrénique ou un autre trouble mental grave ont été effectuées par des services de santé mentale, alors que toutes les études incluses dans la catégorie des troubles de l'humeur ou anxieux, sauf une (n° 33), ont été exécutées dans des services en dépendance ou spécialisés dans le traitement des troubles concomitants. Cette situation fait en sorte que les effets liés aux troubles mentaux sont difficilement dissociables du milieu de soins dans lequel ils sont traités et limitent la capacité de généraliser les résultats obtenus d'un milieu de soins à l'autre.

¹⁵ Il est à noter que ces catégories s'appuient sur le diagnostic principal de la personne et n'excluent pas la présence d'autres troubles mentaux comorbides.

L'analyse des études regroupées en fonction du trouble mental indique que ce sont dans les études réalisées auprès de personnes atteintes d'un trouble schizophrénique que l'on retrouve la plus grande proportion d'études ayant un résultat en faveur du traitement intégré. En effet, comme le tableau 8 ci-contre permet de le constater, cinq des huit études menées auprès de personnes souffrant d'un trouble schizophrénique ont obtenu une plus grande réduction de la consommation de substances psychoactives avec le traitement intégré qu'avec le traitement comparateur (n^{os} 4, 6, 19, 28, 29).








En comparaison, un peu moins de la moitié des études effectuées auprès de personnes qui présentent divers troubles mentaux graves (6 / 13 études : n^{os} 2, 5, 18, 20, 26, 30) et de personnes qui ont un trouble de l'humeur ou un trouble anxieux (4 / 9 études : n^{os} 15, 32, 33, 35) ont obtenu des résultats en faveur du traitement intégré sur cette dimension. Il est à noter qu'aucune des trois études réalisées auprès de personnes aux prises avec un trouble de stress post-traumatique (n^{os} 12, 16, 24) n'a obtenu de résultat en faveur du traitement intégré pour réduire la consommation de substances psychoactives.

Aucune tendance n'a pu être dégagée quant à l'efficacité des traitements intégrés sur les signes et symptômes cliniques des troubles mentaux en fonction du type de trouble mental dont la personne est atteinte.

2.3.5.2 Efficacité des traitements intégrés selon le type de dépendance

Pour analyser l'efficacité des traitements intégrés selon le type de dépendance, les études ont été regroupées selon le trouble de dépendance principal des personnes composant l'échantillon de l'étude, dans les cinq catégories suivantes :

Tableau 8 Études réalisées auprès de personnes aux prises avec un trouble schizophrénique ayant obtenu un résultat en faveur du traitement intégré

n°	Traitement intégré	Comparateur	Effets observés	
			Cons.	Symp.
4	EM + TCC	Traitement usuel SM		pds
6	EM	Traitement usuel SM		pds
8	Gestionnaires de cas formés TC	Gestion de cas réguliers	pds	
10	Traitement 1 ^{re} psychose + TCC intégrée	Traitement 1 ^{re} psychose + psychoéducation	pds	pds
17	EM + TCC	Traitement usuel SM	pds	pds
19	SOS	Traitement usuel SM		X
28	ACT enrichi	Gestion de cas réguliers		
29	Naltrexone + TCC intégrée + Traitement usuel SM	Placebo + TCC intégrée + Traitement usuel SM		pds

1. Études conduites uniquement auprès de personnes aux prises avec un trouble lié à l'usage de l'alcool (6 études : n°s 14, 15, 27, 29, 32, 34);
2. Études menées uniquement auprès de personnes qui ont un trouble lié à l'utilisation du cannabis (4 études; n°s 6, 10, 17, 21);
3. Études effectuées auprès d'échantillons composés majoritairement ($\geq 70\%$) de personnes qui ont un trouble lié à l'utilisation de stimulants et (ou) d'opiacés (4 études : n°s 3, 5, 9, 31);
4. Études réalisées auprès de personnes qui présentent, dans des proportions variables, des troubles liés à l'utilisation de diverses substances psychoactives (13 études : n°s 1, 2, 7, 8, 11, 13, 14, 19, 23, 26, 30, 33, 35);
5. Études conduites auprès d'échantillons dont la composition par catégories de substances n'est pas connue (8 études : n°s 4, 12, 18, 20, 22, 24, 25, 28).

Influence sur la consommation de substances psychoactives

Comme le tableau 9 permet de le constater, deux études sur trois réalisées auprès de personnes qui ont une dépendance à l'alcool (4 / 6 études : n°s 14, 15, 29, 32) ont obtenu un résultat en faveur du traitement intégré pour réduire la consommation chez les sujets évalués. Comme nous l'avons relevé précédemment, ce résultat est observé principalement dans les études qui ont eu recours à un traitement intégré combinant la pharmacothérapie à des interventions psychosociales (n°s 15, 29, 32).

En contraste, seulement une des quatre études réalisées auprès de personnes qui présentent un trouble lié à l'utilisation de stimulants et (ou) d'opiacés (n° 5) a obtenu un résultat en faveur du traitement intégré pour réduire la consommation de ces substances. Cette étude est également la seule à avoir été menée auprès de personnes qui présentaient un trouble mental grave. En contraste, les études effectuées auprès de personnes aux prises avec un problème d'abus ou de dépendance au cannabis ont été conduites auprès de personnes atteintes d'un trouble du spectre schizophrénique ou d'un trouble mental grave. Les sujets de ces études sont relativement jeunes (21 à 28 ans, en moyenne) et en sont à leur première psychose, dans la plupart des cas. Dans l'étude de Bonsack (n° 6) qui a obtenu un résultat en faveur du traitement intégré, les personnes présentaient une dépendance au cannabis dans 82 % des cas et un diagnostic d'abus dans 18 % des cas, mais cette composition est similaire à celle de l'étude de Madigan (n° 21) réalisée exclusivement auprès de personnes aux prises avec une dépendance au cannabis. Notons toutefois que l'étude de Bonsack est la seule à avoir eu recours à un traitement intégré combinant quatre à six séances d'entretien motivationnel au traitement usuel en santé mentale, alors que les autres études ont eu recours à un traitement basé principalement sur la thérapie cognitivo-comportementale.














Influence sur les symptômes des troubles mentaux

Le tableau 9 permet également de constater qu'aucune des études réalisées auprès de personnes qui ont un trouble lié à l'utilisation du cannabis combiné à un trouble du spectre schizophrénique ou un trouble mental grave n'a obtenu de résultat en faveur du traitement intégré pour intervenir sur les signes et symptômes cliniques de ces troubles mentaux.

À l'inverse et à l'exception d'une étude (n° 3), toutes les études conduites auprès de personnes qui avaient une dépendance aux stimulants ou aux opiacés ont obtenu un résultat en faveur du traitement intégré (n°s 5, 9, 31). Ces études ont toutefois été réalisées auprès de personnes qui

présentaient des troubles mentaux variés et ont également eu recours à différents types de traitements intégrés.

Tableau 9 Efficacité des traitements intégrés selon la substance psychoactive principale

n°	Troubles mentaux	Substances	Traitement intégré	Comparateur	Effets observés	
					Cons.	Symp.
14	État limite	Alcool	<i>Dynamic Deconstructive Therapy</i>	Traitement usuel SM		
15	Dépression majeure	Alcool	Néfazodone + thérapie de soutien	Placebo + thérapie de soutien		pds
27	Dépression majeure	Alcool	Naltrexone + sertraline + BRENDA	Placebo + sertraline + BRENDA	pds	pds
29	Trouble schizophrénique	Alcool	Naltrexone + TCC intégrée + traitement usuel SM	Naltrexone + TCC intégrée + traitement usuel SM		pds
32	Trouble bipolaire	Alcool	Valproate + lithium + DDRC	Placebo + lithium + DDRC		pds
34	Trouble anxieux	Alcool	TCC + traitement intensif en dépendance	Traitement intensif en dépendance	pds	
3	État limite ou personnalité antisociale	Stimulants / opiacés	<i>Dual focus schema therapy</i>	12-SFT	pds	
5	Trouble mental grave	Stimulants / opiacés	BTSAS	STAR + traitement usuel SM		
9	Trouble de l'humeur ou anxieux	Stimulants / opiacés	LETS Act + Traitement intensif en dépendance	Traitement intensif en dépendance		
31	Symptômes dépressifs	Stimulants / opiacés	DART	Traitement régulier en dépendance	pds	
6	Trouble schizophrénique	Cannabis	EM	Traitement usuel SM		pds
10	Trouble schizophrénique	Cannabis	TCC intégrée + Programme pour 1 ^{re} psychose	Programme pour 1 ^{re} psychose	pds	pds
17	Trouble schizophrénique	Cannabis	CapOpus EM + TCC	Traitement usuel SM	pds	pds
21	Trouble mental grave	Cannabis	TCC intégrée	Traitement usuel SM	pds	pds

2.3.6 Principaux résultats et tendances dégagées en lien avec l'efficacité des traitements intégrés

Les principaux résultats et tendances dégagées quant à l'efficacité des traitements intégrés sont les suivants :

- La majorité des études recensées dans le cadre du présent avis indiquent que les traitements intégrés sont plus efficaces que les traitements usuels ou autres comparateurs pour réduire la consommation de substances psychoactives et les signes et symptômes cliniques des troubles mentaux (n^{os} 1, 2, 4-9, 11, 14, 15, 18-20, 22, 24, 26, 28-35). Peu d'études ont toutefois observé les bénéfices des traitements intégrés de façon simultanée à la fois sur la consommation de substances psychoactives et sur les signes et symptômes cliniques des troubles mentaux (4 / 32 études : n^{os} 5, 14, 18, 28). La majorité des études recensées dans le cadre du présent avis démontrent également que les traitements intégrés engendrent plus de bénéfices dans d'autres domaines de la vie des personnes aux prises avec des troubles concomitants que les traitements usuels ou autres comparateurs (p. ex., qualité de vie, besoins non comblés, satisfaction envers le traitement, etc. : n^{os} 1, 3, 5, 7, 8, 9, 15, 21, 22, 30, 31);
- Les bénéfices des traitements intégrés dispensés par des services de santé mentale sont plus souvent observés sur la consommation de substances psychoactives (12 / 21 études : n^{os} 4-6, 14, 15, 18-20, 28-30, 35) que sur les signes et symptômes cliniques des troubles mentaux (8 / 21 études : n^{os} 2, 5, 8, 11, 14, 18, 26, 28). À l'inverse, les bénéfices des traitements intégrés dispensés par des services de réadaptation en dépendance sont plus souvent observés sur les signes et symptômes cliniques des troubles mentaux (3 / 5 études : n^o 9, 31, 34) que sur la consommation de substances psychoactives (0 / 4 études);
- Les interventions brèves en dépendance combinées à des traitements en santé mentale (6 / 7 études : n^{os} 1, 6, 18, 19, 20, 33) de même que les traitements intégrés hautement structurés (4 / 5 études : n^{os} 5, 18, 30, 35) administrés à des personnes qui souffrent de troubles schizophréniques et d'autres troubles mentaux graves sont plus efficaces pour réduire la consommation de substances actives que les traitements usuels en santé mentale ou autre comparateur. Les traitements intégrés basés principalement sur la thérapie cognitivo-comportementale ne semblent pas plus avantageux toutefois que les traitements usuels ou non intégrés en santé mentale pour réduire la consommation de cannabis chez les personnes qui présentent des troubles schizophréniques et d'autres troubles mentaux graves (3 / 4 études : n^{os} 10, 17, 21);
- Les programmes de suivi intensif et de gestion de cas en santé mentale auxquels sont intégrés des intervenants en dépendance ou des intervenants formés en matière de troubles concomitants sont plus efficaces que les mêmes programmes administrés par des équipes traitantes régulières (4 / 5 études : n^{os} 8, 11, 22, 28) pour intervenir sur les signes et symptômes cliniques des personnes atteintes de troubles schizophréniques et d'autres troubles mentaux graves;
- L'intégration d'interventions en santé mentale à des programmes de réadaptation intensifs en dépendance est plus efficace pour améliorer les signes et symptômes cliniques des personnes qui ont des troubles mentaux modérés que la version non intégrée de ces mêmes programmes (3 / 4 études : n^{os} 9, 31, 34).

- La combinaison de certains agents pharmacologiques et d'interventions psychosociales s'est avérée pour sa part plus efficace pour réduire la consommation d'alcool chez les personnes qui présentent des troubles mentaux modérés que les mêmes interventions combinées à un placebo (3 / 4 études : n^{os} 15, 29, 32).

DISCUSSION

Les personnes aux prises avec des troubles concomitants utilisent plus fréquemment les services sociaux et les services de santé. La prévalence de ces troubles y est donc encore plus élevée que dans la population générale. La préoccupation des gouvernements et des établissements à utiliser de façon optimale les ressources a donc suscité une réflexion sur les troubles concomitants. Le présent avis avait pour objectif d'identifier les modèles de dispensation des soins et services peuvent satisfaire les besoins des personnes présentant des troubles concomitants de santé mentale et de dépendance en répondant aux trois questions suivantes :

- Quels sont les différents modèles de dispensation des soins et services, et conditions de mise en place de ces modèles, qui ont été développés pour les personnes avec des troubles concomitants?
- Comment s'organise la dispensation des soins et services en rapport aux troubles concomitants au sein d'autres juridictions et au Canada?
- Quels traitements et interventions utilisés dans le cadre de ces modèles sont efficaces?

Modèles de dispensation des soins et services

L'examen critique de la littérature recensée, ici, a permis de constater que le repérage des modèles de dispensation des soins et services qui peuvent répondre aux besoins des personnes présentant des troubles concomitants se heurte à deux principales contraintes.

D'abord, soulignons le fait qu'il est difficile de fonctionner sur des bases conceptuelles robustes et utilisées par tous. En effet, la littérature regorge d'une multitude de définitions et d'applications des différents concepts, dont principalement ceux de l'intégration, de la collaboration et des modèles de dispensation, qui sont utilisés de manière interchangeable dépendamment des sources mobilisées et des contextes d'application choisis. Le cadre d'analyse utilisé pour pallier cette contrainte illustre le fait que l'intégration peut être de type vertical ou horizontal et que la collaboration fait partie d'un continuum où les liens interorganisationnels varient selon leur intensité et leur réciprocité. De même, un modèle de dispensation peut faire référence à l'organisation de large échelle des soins et services, mais il peut aussi signifier la manière dont sont agencés et dispensés les traitements d'un prestataire de soins.

Ensuite, il semble que l'intégration, autant verticale qu'horizontale, a été mise de l'avant par de nombreux chercheurs et plusieurs organisations comme une solution pouvant répondre aux problématiques rencontrées sur le plan des traitements et de l'organisation des services. Or, même si les données en matière d'efficacité révèlent que les traitements intégrés verticaux sont, la plupart du temps, plus bénéfiques que les traitements usuels, rien n'indique que c'est le cas dans tous les contextes d'application, surtout lorsqu'on prend en compte la grande hétérogénéité des populations présentant un trouble concomitant. Sur le plan organisationnel, la nécessité de mettre en place des formes d'intégration horizontale et des processus collaboratifs afin d'orchestrer fonctionnellement les soins et les services ne concorde pas toujours avec les résultats des rares évaluations qui peinent à en démontrer la valeur ajoutée [Rush, 2014b; Wild *et al.*, 2014]. Les travaux de Novotna [2009] ont montré à cet effet comment le consensus au niveau de l'intégration (autant horizontale que verticale) pouvait s'ériger autour

d'une série de croyances légitimées par des instances décisionnelles sans nécessairement être fondées sur des connaissances scientifiques valides et valables.

Ces constats issus de la littérature, couplés aux résultats vus à la lumière du cadre d'analyse, montrent que la dispensation des soins et services au sein d'un continuum cohérent, dynamique, flexible et autocritique demeure une préoccupation saillante par rapport à l'organisation des soins et services relatifs aux troubles concomitants. Le modèle des paliers, présenté à la page 17 du présent avis, semble à cet égard constituer le modèle de dispensation de large échelle le plus cohérent avec cette préoccupation, d'autant qu'il s'avère le successeur logique du modèle des quadrants et des approches ne prenant pas en compte la variabilité populationnelle relative aux différents niveaux de soins et services [CRD Le Virage et CSSS Pierre-Boucher, 2012; Rush et Nadeau, 2012; Rush, 2010; Rush *et al.*, 2008].

Arrimage entre le terrain et les instances décisionnelles

Les recherches de Kates et ses collaborateurs [2010] montrent que malgré l'actuelle confusion quant aux modes de collaboration et d'intégration à adopter et à pérenniser, l'arrimage entre la première ligne et les instances décisionnelles demeure une problématique complexe qu'il importe de mettre en évidence afin de progresser vers une dispensation plus cohérente des soins et services. Plusieurs chercheurs ont montré, à cet égard, que sans la présence de soutiens actifs et de mécanismes de coordination, tels des gestionnaires de cas et des protocoles d'évaluation standardisés, il subsistera vraisemblablement des problèmes d'opérationnalisation entre les réalités du terrain et les instances décisionnelles [Comité directeur du projet collaboratif en toxicomanie et en santé mentale, 2015; Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2013; Lee *et al.*, 2013; Barnett *et al.*, 2011; Brousselle *et al.*, 2010; Lawrence-Jones, 2010; Novotna, 2009; Moser *et al.*, 2004].

La concertation entre le milieu de la pratique et les instances décisionnelles demeure donc une priorité à mettre en action afin que les deux partis puissent communiquer leurs préoccupations de manière à créer des conditions de dispensation cohérentes, efficaces et acceptées par l'ensemble des acteurs. L'articulation des innovations demeure, à cet effet, une notion étudiée depuis plusieurs années, notamment dans le domaine de la gestion de la santé, afin d'agencer les innovations organisationnelles et thérapeutiques avec les contextes de dispensation [CRD Le Virage et CSSS Pierre-Boucher, 2012; Brousselle *et al.*, 2010; Gotham *et al.*, 2010; Novotna, 2009; Greenhalgh *et al.*, 2004]. La création de liens concrets entre le milieu de la pratique, les instances décisionnelles et les personnes bénéficiant des soins et services, couplée à la valorisation de l'apport de chacun, permet une plus grande adhésion de l'ensemble des parties prenantes. Le programme MOSAIC constitue, à cet égard, un exemple révélateur de partenariat entre des acteurs de la santé mentale et de la dépendance se répercutant positivement sur les usagers.

De ce point de vue, les travaux de Barnett et ses collaborateurs [2011] rappellent l'importance d'exploiter le potentiel innovant des ressources qui œuvrent sur le terrain en mariant leurs expériences à celle des gestionnaires capables de mettre en action leur vision. Même son de cloche chez Chowdhury [2012] qui revient sur la résistance affichée par les grands établissements de santé quant au changement provenant de la base et comment, à long terme, cette tendance a pour conséquence de priver le milieu de la pratique d'innovations organisationnelles et thérapeutiques de premier plan. Ménard [2001] souligne aussi le succès d'un programme régional en troubles concomitants basé sur la capacité à réunir un ensemble d'acteurs pour convenir des modalités cohérentes de fonctionnement; l'idée étant le

déploiement d'une vision partagée et coconstruite. Brousselle et ses collaborateurs [2010] ont aussi démontré, après l'étude de deux cas d'intégration verticale entre des services de santé mentale et de dépendance, qu'un leadership clinique fort couplé à un appui des instances décisionnelles avait des retombées positives sur les usagers. Finalement, le Guide d'accompagnement d'un partenariat CRD-CSSS [2012] réitère que la création d'un contexte favorable au changement passe inévitablement par le respect et l'écoute des intervenants et des gestionnaires dans un climat où la reconnaissance des acteurs responsables du changement est valorisée.

Mais comment conjuguer ces notions, qui appellent, plus fondamentalement, à opérationnaliser des formes de collaboration selon plusieurs niveaux d'intensité (comme il a été démontré à la section 2.1.1.2), comment conjuguer le milieu de la pratique et les instances décisionnelles avec le contexte québécois actuel? Une partie de la réponse repose dans la compréhension du contexte historique relatif à l'univers de la dépendance et de celui de la santé mentale. Il s'agit de deux systèmes qui se côtoient depuis plus de 45 ans sans nécessairement arriver, malgré quelques exceptions notables, à soutenir des formes de collaborations pérennes et reconnues à travers la province du Québec. Avec l'adoption du Projet de loi n° 10 et la dissolution des associations d'établissements, dont celle responsable de la dépendance, de même qu'avec le passage de trois à deux niveaux de gestion avec la création des Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS), il appert que nous sommes actuellement dans une conjoncture fertile au changement. En effet, comme les CISSS devront « planifier, coordonner, organiser et dispenser des services accessibles à la population de son territoire » [MSSS, 2014] tout en « établissant des ententes avec les médecins, les organismes communautaires et les ressources privées de son territoire » [MSSS, 2014], il serait intéressant de mettre l'accent sur certains éléments pouvant aider à la coconstruction des futures conditions d'organisation et de dispensation des soins et services relatifs aux troubles concomitants. La création, au sein des CISSS, des directions de santé mentale et de dépendance [MSSS, 2015] s'avère être, à cet égard, un point de développement des plus intéressants, car il institutionnalise le rapprochement entre le milieu de la santé mentale et celui de la dépendance tout en mettant de l'avant des notions d'imputabilité et de reddition de comptes.

La dissolution des silos de la santé mentale et de la dépendance demeure, à la lumière de ce que nous avons constaté dans ce projet, une entreprise de longue haleine : les cultures ne sont pas forcément appelées à changer lorsqu'on modifie les structures. La construction d'un réel esprit de coopération basé sur la collaboration et une compréhension commune des enjeux et défis à réaliser constitue l'une des pierres angulaires d'une prise en charge adéquate, à tous les niveaux, des personnes qui présentent un trouble concomitant en santé mentale et en dépendance. Les recherches ont clairement démontré que les systèmes en mesure de s'adapter rapidement et efficacement aux innovations, aux changements et aux transformations sont ceux qui valorisent la créativité et l'originalité au sein d'un système hiérarchique où la voix de chacun est valorisée et entendue [CRD Le Virage et CSSS Pierre-Boucher, 2012; Kennedy-MacDonald, 2008]. Dans cet esprit, nul ne peut nier la grande opportunité qu'offre la création des CISSS et des CIUSSS afin d'établir des collaborations solides fondées sur un travail en commun et une vision à long terme axée sur l'aspiration au rétablissement et au bien-être des personnes atteintes d'un trouble concomitant en santé mentale et en dépendance.

Expériences d'autres territoires et du Québec

Bien qu'il ne soit pas possible de comparer directement les modèles d'organisation des services et les modèles de dispensation des soins utilisés à l'échelle des pays étudiés, de grands constats peuvent quand même être dégagés de la littérature consultée.

Il est d'abord important de comprendre que la mise en place de soins et de services adaptés aux personnes présentant un trouble concomitant en santé mentale et en dépendance émane d'un contexte d'augmentation générale de cette clientèle au cours des deux dernières décennies et du poids important, autant financier qu'organisationnel, qu'elle mobilise sur le plan des systèmes de santé. Ce contexte a, d'une certaine manière, forcé les pays étudiés à s'organiser afin de répondre aux divers besoins suscités par cette clientèle. Or, en l'absence d'un modèle internationalement reconnu pour appréhender les personnes qui présentent un trouble concomitant en santé mentale et en dépendance, et en réponse aux contraintes organisationnelles liées aux systèmes de santé, les pays étudiés ont dû s'organiser en respectant deux grandes caractéristiques inhérentes à la problématique des troubles concomitants.

D'une part, soulignons les circonstances historiques entourant le fait que les troubles concomitants sollicitent le travail de deux expertises (santé mentale et dépendance) qui ont des méthodes de fonctionnement différentes et des référents, théoriques et pratiques, distincts. Par exemple, aux États-Unis, il a fallu le travail et le leadership de la SAMHSA, organisme au mandat pan-national, pour établir des ponts constructifs et légitimes entre les deux expertises. Sans l'intervention d'une tierce partie dotée d'une légitimité établie, il devient difficile de briser des silos historiquement enracinés.

D'autre part, le fait que la plupart des personnes sont aux prises avec des problématiques modérées requièrent une intensité de soins et de services modérée, alors que bon nombre des soins et services actuels sont organisés pour desservir une partie très restreinte de la clientèle, soit celle qui présente des problématiques graves. C'est le cas aux États-Unis, où les sujets atteints de problématiques graves, particulièrement sur le plan de la santé mentale, ont généré beaucoup d'attention tant dans la littérature scientifique qu'en matière d'organisation des soins et services.

À ces observations s'ajoute une autre trame qui concerne l'ensemble des pays étudiés : malgré la promotion de l'intégration et de la collaboration à travers des travaux de portée nationale (la *National Comorbidity Initiative*, en Australie, et le document *Meilleurs conseils*, au Canada, par exemple), force est de constater qu'il y a encore un pas à faire pour articuler ces grandes politiques avec les contextes rencontrés par les prestataires de soins. Les travaux de Rush et ses collaborateurs [2008] de même que ceux de Deady et ses collaborateurs [2013] montrent d'ailleurs comment les prestataires de soins peuvent parfois s'affranchir de ces politiques pour s'organiser eux-mêmes selon des modalités plus souples et plus adaptées à leurs réalités.

Enfin, même si il est possible d'affirmer que les pays étudiés travaillent à s'améliorer pour répondre aux besoins de la clientèle présentant un trouble concomitant de santé mentale et de dépendance, il est nécessaire de comprendre, selon la typologie *découverte-pertinence-solutions* de Rush et ses collaborateurs [2008], qu'ils ne sont pas tous au stade de l'implantation de *solutions* pan-nationales concrètes. La plupart de ceux-ci font des va-et-vient entre les trois stades et, comme c'est le cas en Australie, on semble vouloir passer de la *découverte* aux *solutions* sans s'assurer de la *pertinence* de ces dernières. Ce type de raccourci, en l'absence d'instances permettant une surveillance objective, peut conduire à des incohérences et surtout,

à un climat d'organisation et de dispensation aux allures productives, mais aux finalités stagnantes [Deady *et al.*, 2013; Rush *et al.*, 2008; Croton, 2004].

Situation québécoise

Sur la base de la littérature et des parties prenantes consultées, il est possible de dégager quelques constats par rapport à la situation des troubles concomitants, au Québec.

Tout d'abord, et même si depuis un peu plus de quatre décennies, la dépendance et la santé mentale fonctionnent de manière indépendante, cela n'a pas empêché les principaux acteurs de mettre en place des mécanismes de concertation afin d'améliorer les soins et services aux usagers. D'abord circonscrits (le document de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, de Montréal, en témoigne bien), ces mécanismes ont progressé au cours des années et des documents tels le *Guide d'accompagnement d'un partenariat* et les *Bons coups* du MSSS témoignent d'une volonté d'amélioration continue basée sur les grandes tendances internationales en matière de troubles concomitants. Du partenariat à la concertation en passant par des modalités claires de collaboration et, dans certains cas, d'intégration, on peut affirmer que la problématique des troubles concomitants est maintenant bien imbriquée dans les processus de fonctionnement et de développement du réseau de la santé et des services sociaux, et ce, tant à l'échelle ministérielle, qu'au niveau des établissements et des intervenants.

Dans un même ordre d'idées, il est maintenant compris et affirmé que les troubles concomitants constituent la règle plutôt que l'exception chez les personnes atteintes d'une problématique en santé mentale ou encore d'une problématique en dépendance. Il est cependant important de nuancer ce constat, selon le *Guide d'accompagnement d'un partenariat CRD-CSSS* [CRD Le Virage et CSSS Pierre-Boucher, 2012], avec le fait que le terme « trouble concomitant » ait été, à la base, défini comme une combinaison simultanée de troubles mentaux et de dépendance. Les travaux de Rush et ses collaborateurs [2008] de même que ceux de Fillion-Bilodeau, Nadeau et Landry [2012] montrent, toutefois, qu'une concomitance ne se manifeste pas toujours de manière simultanée et qu'elle peut, dans certains cas, être présente même si elle n'atteint pas le seuil clinique requis. Un tel constat est confirmé par un engagement ferme de la part de certains acteurs, au Québec, de travailler sur l'ensemble du continuum, et non uniquement sur les cas de concomitance graves. Cette vision devra être adoptée par tous les acteurs, à la fois en santé mentale et en dépendance, si l'on veut desservir l'ensemble des personnes présentant un trouble concomitant en santé mentale et en dépendance et non, comme ce fut le cas historiquement, une partie relativement restreinte de la clientèle.

Efficacité des différents traitements et des interventions dispensés aux personnes qui présentent des troubles concomitants

Les auteurs des 13 revues systématiques retenues avaient conclu qu'il n'était pas possible de se prononcer sur la supériorité des traitements intégrés comparativement aux traitements non intégrés pour intervenir auprès des personnes aux prises avec des troubles concomitants, en raison de la trop grande hétérogénéité des études. La réduction de cette hétérogénéité, en limitant notre analyse aux 35 études primaires qui répondaient aux critères de sélection établis dans le cadre du présent avis, nous permet de conclure que les traitements intégrés, ciblant simultanément les troubles mentaux et les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives, sont plus efficaces que les traitements usuels en santé mentale et en dépendance ou d'autres comparateurs examinés. De fait, 71 % des études (25 / 35) analysées

ont obtenu au moins un résultat statistiquement significatif en faveur du traitement intégré pour réduire la consommation de substances psychoactives ou améliorer l'état mental des personnes qui ont des troubles concomitants. Ces 25 études totalisaient 5 343 personnes avec des troubles concomitants et ont été évaluées comme étant de moyenne qualité (16 études) ou de bonne qualité (6 études), dans 88 % des cas.

Par contre, seulement 4 études sur les 32 qui ont évalué ces deux dimensions ont observé des bénéfices à la fois en ce qui a trait à la consommation de substances et à l'état mental des personnes ayant des troubles concomitants. Une des explications pourrait être que les effets sur la consommation de substances psychoactives et les symptômes des troubles mentaux n'arrivent pas au même moment et seraient plus tardifs dans le second cas. Cette hypothèse reçoit un certain soutien considérant que les traitements intégrés utilisés dans les études ayant obtenu des bénéfices sur la santé mentale des personnes sont échelonnés sur une période de 10 semaines à 3 ans, comparativement à des traitements échelonnés sur une période de 1 semaine à 1 an pour les études ayant obtenu des bénéfices sur la consommation de substances psychoactives. Dans les 4 études ayant observé des bénéfices sur ces 2 dimensions, la durée des traitements était de 6 semaines [Gregory *et al.*, 2008], 6 mois [Bellack *et al.*, 2006], 18 mois [James *et al.*, 2004] et 24 mois [Petersen *et al.*, 2007]. L'étude de Gregory et ses collaborateurs [2008] se distingue donc des autres par la durée beaucoup plus courte de son traitement. En contraste avec les autres études réalisées auprès de personnes atteintes de troubles schizophréniques et d'autres troubles mentaux graves, celle de Gregory est la seule à avoir été réalisée auprès de personnes aux prises avec un trouble de la personnalité limite et une dépendance à l'alcool et la seule également à avoir été évaluée comme étant de faible qualité en raison notamment de la petite taille de son échantillon (n = 30).

L'analyse des résultats obtenus en fonction du type de services ou des prestataires de soins confirme néanmoins que les traitements intégrés dispensés par les services de santé mentale et les services de réadaptation en dépendance produisent les améliorations recherchées, c'est-à-dire qu'ils ont tendance à engendrer plus souvent des améliorations sur le trouble qui normalement n'est pas ciblé par le traitement usuel que sur le trouble faisant l'objet du traitement. En effet, sur les 21 études réalisées par des services de santé mentale, 57 % (12 / 21) ont observé des résultats en faveur du traitement intégré sur la consommation de substances psychoactives contre 38 % (8 / 21) sur les signes et symptômes cliniques des troubles mentaux. À l'inverse, 60 % (3 / 5 études) des traitements intégrés dispensés par des services de réadaptation en dépendance ont obtenu une amélioration des signes et symptômes cliniques des troubles mentaux, alors qu'aucune n'a obtenu de bénéfices additionnels sur la consommation de substances psychoactives. Les traitements intégrés dispensés par des services spécialisés dans le traitement des troubles concomitants tendent pour leur part à être plus avantageux autant pour réduire la consommation de substances psychoactives (3 / 7 études) que pour améliorer les signes et symptômes cliniques des troubles mentaux (3 / 7 études). Notons toutefois que le nombre d'études réalisées par des services de réadaptation en dépendance et des services spécialisés dans le traitement des troubles concomitants est nettement inférieur au nombre d'études effectuées par des services de santé mentale et que la qualité de ces dernières tend à être supérieure. Sur les 21 études menées par des services de santé mentale, 9 ont été jugées de bonne qualité, 9, de qualité moyenne et 3, de faible qualité. Les cinq études réalisées par des services de réadaptation en dépendance ont été jugées de qualité moyenne, de même que 6 des 7 études conduites par des services spécialisés dans le traitement des troubles concomitants (1 / 7 de faible qualité).

Enfin, l'analyse effectuée en fonction du type de comparateurs indique que les traitements expérimentaux intégrés sont généralement plus avantageux que les traitements usuels (13 / 20 études) et que d'autres traitements qui ciblent également les deux troubles auxquels ils sont comparés (12 / 15 études). De fait, dans toutes les études ayant eu recours à ce type de comparateurs, le traitement expérimental présentait un ratio usagers / intervenants moindre ou une plus grande disponibilité de ces derniers, une augmentation de la fréquence des rencontres ou de la durée du programme, une participation de la famille ou d'autres variations. Toutefois, il importe de souligner que le traitement comparateur s'est avéré supérieur au traitement intégré dans 5 des 35 études examinées. Dans quatre de ces études, le comparateur en question était basé sur la thérapie en 12 étapes ou sur une thérapie visant à faciliter une adhésion à celle-ci (*12-step facilitation therapy*). De plus, le traitement intégré s'appuyait principalement sur la thérapie cognitivo-comportementale. Ce résultat souligne, d'une part, les bienfaits associés au soutien du groupe de pairs dont l'apport est d'ailleurs largement reconnu dans le milieu de la santé mentale, et d'autre part, le fait que les traitements fondés sur cette approche représentent dans certains cas une option thérapeutique de remplacement aussi efficace et plus accessible que certains traitements plus complexes et nécessitant des intervenants avec des formations professionnelles plus avancées [Ball, 2007; Glasner-Edwards *et al.*, 2007; Weiss *et al.*, 2007].

Incidence clinique des traitements intégrés

Bien que l'incidence clinique ne soit pas quantifiée ou directement appréciable dans toutes les études, les résultats obtenus suggèrent que les répercussions cliniques des traitements intégrés sur la consommation de substances psychoactives et les signes et symptômes cliniques des troubles mentaux ne sont pas négligeables. En effet, en ce qui a trait à la consommation de substances psychoactives, on parle dans certains cas :

- d'une journée de moins par semaine de consommation;
- d'une réduction de la quantité d'alcool consommée de 20 % supérieure;
- d'un pourcentage de personnes qui ont une consommation excessive de 22 % inférieur;
- de 9 jours de moins en moyenne de consommation excessive sur un mois;
- d'un taux d'abstinence ou d'une amélioration significative à la fin du traitement de 18 % à 36 % supérieur;
- d'une réduction du risque absolu de 14 % du nombre de personnes qui ont reçu un diagnostic d'abus d'alcool;
- d'un pourcentage de jours abstinents de 18 % supérieur, d'un pourcentage de personnes ayant une période d'abstinence 38 % plus longue sur 4 semaines et de 25 %, sur 8 semaines;
- et de 31 jours de plus en moyenne avant la rechute.

Les tailles d'effet rapportées sur le nombre moyen de consommations sont de 0,65, et de 0,89 quant au nombre de jours par semaine où il y a eu consommation excessive, et de 0,76 quant au nombre d'analyses d'urine qui sont ressorties négatives au dépistage. Mentionnons que 4 des 15 études ayant obtenu des résultats en faveur du traitement expérimental sur la consommation de substances psychoactives ont été évaluées comme étant de bonne qualité, 8, de qualité moyenne et 3, de faible qualité.

Quant aux bénéfices sur l'état mental observés dans 14 études et auprès de 4 519 personnes aux prises avec des troubles concomitants, ont été constatés dans certains cas :

- un taux d'hospitalisation de 13 % à 20 % inférieur;
- une réduction du risque absolu de 12 % du nombre de personnes hospitalisées ou qui ont une visite à l'urgence, sur une année;
- une durée moyenne de séjour de 4 à 58 jours inférieure en moyenne, sur une période de 1 an à 3 ans;
- et une réduction du risque absolu de comportements parasuicidaires de 21 %.

On note, cependant, que les tailles d'effet rapportées liées à la réduction des symptômes sont généralement moins importantes que celles rapportées quant à la consommation de substances psychoactives. Les tailles d'effet rapportées relatives aux symptômes traumatiques sont de 0,16 et de 0,17 pour les symptômes psychiatriques en général, de 0,32 pour les symptômes psychotiques, de 0,20 pour les symptômes de désorganisation, de 0,43 pour les symptômes négatifs et de 0,76 pour les symptômes dépressifs. Au final, 3 des 14 études ayant généré des résultats en faveur du traitement intégré expérimental ont été évaluées comme étant de bonne qualité, 10, de qualité moyenne et 1, de faible qualité.

Rappelons, par ailleurs, que 85 % des études (11 sur 15) ayant évalué les effets des traitements intégrés sur d'autres dimensions que la consommation de substances et les signes et symptômes cliniques des troubles mentaux ont rapporté des bénéfices additionnels importants sur la qualité de vie, la satisfaction et la rétention dans le traitement, le logement, les finances, le taux d'arrestation, la santé physique et le statut occupationnel de même que le nombre de besoins non comblés.

Éléments des modèles de dispensation de soins et de services susceptibles d'influencer l'efficacité des traitements et des interventions utilisées

Nous avons, par la suite, évalué dans quelle mesure les éléments et composantes du cadre d'analyse proposé par Merkes et ses collaborateurs [2010] pouvaient influencer l'efficacité des traitements et des interventions examinées. Pour ce faire, les 35 études ont été classifiées en groupes plus homogènes en fonction de chacun des éléments étudiés. Ces analyses, bien que basées sur un nombre restreint d'études dans chacune des catégories ainsi formées, ont permis de dégager plusieurs tendances en lien avec le type de traitements et le profil clinique des personnes. Ces résultats doivent néanmoins être interprétés avec prudence.

Niveau d'intégration verticale : Notons d'emblée que 60 % des études (21 / 35 études) ont eu recours à des traitements caractérisés par une intégration qui se situe au niveau des interventions et se résument à combiner ou à ajouter des interventions en santé mentale ou en dépendance au traitement. Six études ont eu recours à des traitements présentant une intégration qui se situe au niveau de l'équipe traitante et 6 autres, une intégration au niveau du programme. Toutefois et contrairement à ce qui aurait pu être attendu, la proportion d'études ayant obtenu des résultats en faveur du traitement intégré semble peu influencée par le niveau d'intégration des traitements, hormis la nature des bénéfices engendrés. En effet, les études ayant eu recours à un traitement intégré au niveau de l'équipe traitante ou du programme obtiennent des résultats en faveur du traitement intégré dans des proportions équivalentes sur la consommation de substances psychoactives (moitié des études dans les deux cas) et sur l'état mental (le tiers des études dans les deux cas). À l'inverse, la moitié des études ayant eu recours

à une intégration qui se situe au niveau des interventions rapportent une amélioration supérieure de l'état mental des personnes, alors que le tiers d'entre elles font état d'une réduction supérieure de leur consommation de substances psychoactives (7 / 21 études). Il semble raisonnable de croire toutefois que les bénéfices des traitements ayant un niveau d'intégration plus élevé ne soient pas observés au niveau de la personne, mais relativement à d'autres aspects de la dispensation des soins et services (c.-à-d. le sentiment de compétence des intervenants, une plus grande cohésion au sein de l'équipe et une plus grande cohérence dans les interventions, etc.).

Par ailleurs, les analyses comparatives effectuées ont permis de constater que toutes les personnes atteintes de troubles concomitants ne bénéficient pas du même type de traitement. En effet, chez les personnes qui présentent des troubles schizophréniques et d'autres troubles mentaux graves, les traitements intégrés hautement structurés se sont avérés plus efficaces pour réduire la consommation de substances psychoactives que les traitements usuels en santé mentale et autres comparateurs (4 / 5 études). Les interventions brèves en dépendance combinées au traitement en santé mentale (5 / 6 études) se sont avérées quant à elles plus efficaces pour réduire la consommation d'alcool et de cannabis chez cette clientèle. Ces résultats ont été observés, peu importe l'approche utilisée et fondée sur l'entretien motivationnel, la réduction des méfaits, la thérapie cognitivo-comportementale, la prévention de la rechute ou la psychoéducation. Par contre, toutes ces interventions ont été offertes par des personnes dûment formées, supervisées et évaluées par rapport à leur fidélité au traitement. Plusieurs auteurs des études analysées ont d'ailleurs souligné l'importance de la formation. Notons, par ailleurs, que des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves ont tendance à présenter des tableaux cliniques plus homogènes et des troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives plus périphériques que chez les personnes qui présentent des troubles mentaux modérés, ce qui, peut favoriser l'obtention de résultats positifs. Enfin, et étonnamment, les programmes de suivi intensif et de gestion de cas en santé mentale offerts par des équipes traitantes auxquelles sont intégrés des intervenants spécialisés dans le traitement des dépendances ou des troubles concomitants se sont avérés meilleurs pour réduire le taux d'hospitalisation et la durée moyenne de séjour que les mêmes programmes dispensés par des équipes traitantes régulières (4 / 5 études). Il est possible, toutefois, que les bénéfices observés sur les hospitalisations et la durée de séjour soient indirectement attribuables à une réduction des méfaits plus efficace dans le cas des traitements intégrés.

L'intégration d'interventions en santé mentale à des programmes de réadaptation intensifs en dépendance semble engendrer une amélioration des symptômes chez les personnes qui présentent des troubles de l'humeur ou des troubles anxieux (3 / 4 études), mais pas chez celles qui ont des troubles mentaux graves. Ces bénéfices pourraient toutefois être davantage imputables à l'intensité du traitement en dépendance qu'à l'intégration d'interventions en santé mentale. L'analyse des résultats selon la substance consommée indique que le recours à de la pharmacothérapie combinée à des interventions psychosociales entraîne une réduction plus importante de la consommation d'alcool chez les personnes dépendantes à cette substance que les mêmes interventions psychosociales combinées à un placebo (3 / 4 études). Les experts consultés ont d'ailleurs souligné l'importance d'une évaluation individualisée des risques et bénéfices associés au traitement pharmacologique et de l'observance à la médication prescrite pour assurer l'efficacité du traitement pharmacologique. Le rôle des intervenants de première ligne et du pharmacien en milieu communautaire à ce chapitre a également été souligné.

Limites et faiblesses

Pour ce qui est des résultats et des analyses organisationnels, l'une des limites réside dans le type de littérature utilisée. En effet, plusieurs documents nécessaires à la compréhension des facteurs organisationnels liés à la dispensation et à l'organisation des soins et services relatifs aux troubles concomitants sont consignés au sein de rapports faisant état d'une initiative ou d'un programme en particulier. Il peut aussi s'agir d'un rapport sur les barrières et facteurs facilitants dans un pays, une région et une ville en particulier au sein d'une multitude d'organisations et de prestataires de soins. Comme chacun des contextes d'application présents dans ce type de littérature est lié à une conjoncture particulière, il devient très délicat d'extraire, de manière sûre et exacte, l'information présente de même que les analyses rapportées. Il faut faire attention de ne pas oublier le contexte de production des informations recueillies, particulièrement dans le cas de la dispensation des soins et services relative à une problématique de santé complexe, c'est dire qu'il ne semble pas exister, du moins à la lueur de nos connaissances actuelles, de littérature sur l'efficacité des conditions organisationnelles en lien avec les troubles concomitants. Cette situation est compréhensible en raison des contraintes décrites ci-dessus et du caractère fondamentalement hétérogène de la population aux prises avec des troubles concomitants.

Les choix effectués quant à la littérature et les pays couverts dans le cadre du présent avis constituent par ailleurs l'une des limites inhérentes au type de revue effectuée, soit une revue narrative plutôt que systématique. Le Royaume-Uni, par exemple, n'a pas été inclus en raison de contraintes organisationnelles, malgré son importance à l'échelle internationale par rapport à l'organisation et à la dispensation de soins et de services relatifs aux troubles concomitants.

Mentionnons également que les déterminants sociaux de la santé n'ont pas été abordés dans le cadre du présent avis. Ces derniers demeurent des jalons importants pour une compréhension holistique de la problématique des troubles concomitants, et des travaux subséquents sur la question devraient nécessairement se pencher en profondeur sur cette question. La clientèle jeunesse a également été exclue de cet avis. Nous sommes toutefois conscients que cette clientèle est aussi concernée par les troubles concomitants et que les enjeux de la collaboration concernent également les programmes qui les desservent. Même si, en regard des modèles de dispensation, il est possible de faire entrer dans les divers continuums de soins et de services la clientèle jeunesse, il demeure plus ardu de faire correspondre les traitements avec ceux des adultes et d'avoir des éléments de comparaison valables. Il serait pertinent, à cet égard, de faire de plus amples recherches sur la clientèle jeunesse et les troubles concomitants afin de brosser un portrait plus complet de la problématique.

Une autre faiblesse demeure l'articulation des connaissances amassées dans le contexte québécois actuel. La réforme en lien avec la Loi 10, entrée en vigueur le 1^{er} avril 2015, a changé de manière significative le portrait des acteurs qui régulent et dispensent les soins et services. À cela s'ajoute la grande diversité des contextes que l'on retrouve au Québec, du milieu urbain à forte densité aux régions rurales qui se caractérisent par leur éloignement. Les connaissances recueillies dans les autres pays peuvent être novatrices et intéressantes, tant en ce qui touche les modèles de dispensation que les traitements, mais elles ne peuvent pas toujours être traduites de manière directe dans la situation actuelle, ce qui demeure aussi vrai pour les autres provinces canadiennes. Finalement, comme les changements associés avec la réforme sont, à ce jour, encore en train d'être implantés, il est délicat de se positionner sur les processus les plus cohérents à adopter et à mettre en action. Les recommandations ont, à cet égard, un caractère plus général, moins prescriptif, étant donné qu'elles arrivent dans un contexte où la stabilité n'a pas encore été atteinte.

L'évaluation des traitements intégrés comporte également certaines limites et faiblesses. Premièrement, cette évaluation s'appuie sur une revue de revues systématiques; elle est par conséquent limitée aux études primaires recensées dans celles-ci, plutôt que de se baser sur une recension exhaustive d'études primaires. Il est donc possible qu'un portrait différent émerge à la suite d'un examen exhaustif de l'ensemble de la littérature portant sur un type de trouble mental, de dépendance ou de traitement intégré en particulier. De plus, et faute d'accès légal à celles-ci, les bases de données du domaine du management n'ont pas été consultées, ce qui peut avoir limité le repérage d'études portant sur l'organisation des services. Deuxièmement, l'appréciation de l'efficacité des études est basée sur une analyse comparative des études ayant obtenu au moins un résultat statistiquement significatif en faveur du traitement intégré plutôt que sur une analyse quantitative des tailles d'effet obtenues, de sorte qu'il n'a pas été possible de grader la preuve en ayant recours à un système de gradation reconnu tel que GRADE. Notons toutefois que Cochrane, initiateur de la méthode de revue de revues, reconnaît que les revues portant sur des interventions complexes et des composantes susceptibles de varier d'une étude à l'autre (traitement utilisé, conditions et modes d'administration, etc.) puissent être exemptes de ce type d'analyses statistiques. Ce type de revues aurait également l'avantage de répondre à un plus large éventail de questions et de dresser un portrait des données probantes existantes sur l'efficacité de différentes interventions même si celles-ci n'ont jamais fait l'objet de comparaisons directes [Ryan *et al.*, 2011; Sohn *et al.*, 2004].

Notons par ailleurs que seulement une étude a comparé un traitement intégré à un traitement parallèle et une seule étude également, un traitement parallèle à un traitement usuel. De plus, tous les traitements intégrés sont de type vertical et aucune étude n'a évalué l'efficacité des modèles de dispensation à intégration horizontale.

Une dernière limite réside dans la difficulté à dissocier le trouble mental du milieu de soins dans lequel il est traité. En effet, la quasi-totalité des études réalisées auprès des personnes qui ont des troubles schizophréniques et d'autres troubles mentaux graves ont été conduites par des services de santé mentale, alors que la quasi-totalité des études effectuées auprès des personnes qui présentent des troubles mentaux dits modérés ont été menées aux États-Unis par des services de réadaptation en dépendance ou des services spécialisés dans le traitement des troubles concomitants.

MISE À JOUR DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Une mise à jour de la littérature qui concerne l'efficacité des traitements et des interventions utilisés dans le traitement des troubles concomitants (question 3) a été effectuée en décembre 2015. À cette fin, la stratégie documentaire utilisée en mai 2014 a été réactivée en date du 2 décembre 2015 et a générée 145 notices. De ce nombre, une méta-analyse [Wong, 2014] et une revue systématique [Lee *et al.*, 2015] d'essais cliniques randomisés ont été retenues. La méta-analyse et la revue systématique ont été jugées respectivement de bonne et de moyenne qualité, selon la grille AMSTAR. Les résultats de cette mise à jour sont présentés ci-dessous.

Question 3 : Quels traitements et interventions utilisés dans le cadre des modèles de dispensation des soins et des services aux personnes qui présentent des troubles concomitants sont efficaces?

Efficacité des traitements intégrés selon deux revues systématiques

Comme l'annexe D1 l'indique, la méta-analyse de Wong [2014] porte sur 13 études, publiées entre 1994 et 2014, conduites auprès de personnes qui présentent des troubles anxieux et des troubles de stress post-traumatique (TSPT) concomitants à un trouble dépendance aux substances psychoactives. Les auteurs concluent que les traitements intégrés sont légèrement supérieurs pour réduire les symptômes de ces troubles mentaux que les traitements ciblant uniquement la consommation de substances ou le trouble mental. Les effets observés sont cependant modestes et aucune différence significative entre les deux types de traitements n'a été observée en ce qui a trait à la consommation de substances. Au final, 7 des 13 études recensées par Wong répondaient à nos critères de sélection et ont été retenues aux fins d'analyses subséquentes.

La revue systématique de Lee et ses collaborateurs [2015] compte quant à elle 10 études, publiées entre 1999 et 2014, et réalisées auprès de personnes qui ont un trouble de personnalité limite et une dépendance aux substances psychoactives. L'objectif de la revue était de comparer l'efficacité des traitements intégrés spécialement conçus pour cette clientèle, soit la thérapie dialectique comportementale, la thérapie dynamique déconstructive et la thérapie de type cognitivo-comportemental axée sur les schémas. Les auteurs concluent qu'en général, la version intégrée de ces traitements est légèrement plus avantageuse que les traitements comparateurs utilisés pour réduire la consommation de substances et les comportements suicidaires et améliorer l'adhésion au traitement. Ils soulignent que les études incluses sont peu nombreuses et disposaient de petits effectifs, de sorte que les effets observés sont très faibles ou cliniquement non significatifs. Aucune des études recensées dans cette revue ne répondait à nos critères de sélection et n'a été retenue pour les analyses subséquentes.

En somme, les conclusions tirées par les auteurs de ces deux revues sont très similaires à celles qui émanent des 13 revues systématiques recensées initialement dans le cadre du présent avis.

Efficacité des traitements intégrés selon les sept études primaires retenues

L'annexe D2 fournit les caractéristiques méthodologiques des sept études tirées de la méta-analyse de Wong [2014]. Les sept études ont eu recours à un devis randomisé (ECR) et la majorité d'entre elles ont été menées aux États-Unis (4 / 7 études : n^{os} 1, 2, 5, 6). Deux études

ont été effectuées en Australie (n° 3, 7) et une, aux Pays-Bas (n° 4). La plupart des études ont été évaluées comme étant de bonne qualité (n° 1, 2, 3, 5, 6) et les autres étaient de qualité moyenne (n° 4, 7). La quasi-totalité de ces études ont été conduites auprès de personnes aux prises avec un trouble de stress post-traumatique (6 / 7 études : n° 1, 2, 3, 4, 6, 7), à l'exception d'une étude (n° 5) réalisée auprès de personnes qui avaient des troubles anxieux, et dans des centres de réadaptation à la dépendance (5 / 7 études : n° 1, 3, 4, 5, 6). La taille des échantillons varie de 34 à 247 personnes par étude, mais est inférieure à 100 dans la plupart des cas (4 / 7 études : n° 1, 4, 6, 7). La durée des traitements varie de 6 séances (n° 5) à 24 séances (n° 1) et celle des suivis post-traitement, de 3 à 9 mois. L'annexe D3 fait état, en détail, des résultats obtenus dans les sept études et l'annexe D4 les présente de façon synthétique. Quant aux traitements intégrés utilisés dans les études, ils sont décrits à l'annexe D5.

Plusieurs tendances dégagées à partir des 35 études recensées initialement ont également été observées dans les études repérées lors de la mise à jour. On note entre autres que les trois études ayant eu recours à un traitement intégré hautement structuré, comme l'encadré 1 le décrit, ont obtenu une plus grande réduction de la consommation et des symptômes de troubles mentaux que le traitement comparateur (n° 2, 5, 7). De même, la seule étude (n° 2) ayant évalué l'efficacité d'un agent pharmacologique combiné à des interventions psychosociales indique que le naltrexone seul ou combiné à la thérapie BRENDA donne de meilleurs résultats que ces mêmes interventions utilisées seules ou avec un placebo. Alors qu'au moment de la recension initiale, trois des quatre études avaient obtenu un résultat en faveur de cette combinaison uniquement en ce qui a trait à la consommation d'alcool, dans ce cas-ci, les bénéfiques ont été observés autant sur la consommation d'alcool que sur les symptômes du trouble de stress post-traumatique. Les résultats de la mise à jour confirment également que les traitements intégrés combinant des interventions en santé mentale à des traitements intensifs en dépendance sont plus avantageux que la version non intégrée de ces traitements intensifs.

Encadré 1 Catégories de traitements intégrés repérés lors de la recension initiale

1. Les traitements intégrés combinant des interventions brèves en dépendance à des traitements en santé mentale (aucune étude de la mise à jour ne porte sur ce type de traitement).
2. Les traitements intégrés combinant des interventions en santé mentale à des traitements intensifs en dépendance (n° 4, 5).
3. Les traitements intégrés structurés relatifs aux troubles concomitants (n° 1, 3, 5, 6, 7).
4. Les programmes intégrés de suivi intensif et de gestion de cas en santé mentale (aucune étude de la mise à jour ne porte sur ce type de traitement).
5. Les traitements combinant des interventions psychosociales et de la pharmacothérapie (n° 2).

En contraste toutefois avec les 35 études retenues lors de la recension initiale, 4 des 7 études recensées dans le cadre de la mise à jour ont obtenu des bénéfices en faveur du traitement intégré à la fois sur la consommation de substances et les signes et symptômes du trouble mental (n° 2, 5, 6, 7), comparativement à 13 % des études recensées au départ. Le fait que les études de la mise à jour aient été réalisées majoritairement par des centres de réadaptation en dépendance (5 / 7 études) et presque exclusivement auprès de personnes qui avaient un trouble

de stress post-traumatique (6 / 7 études), par opposition à une majorité d'études conduites auprès de personnes présentant un trouble mental grave dans la recension initiale (21 / 35 études), explique probablement ce résultat.

Les traitements intégrés conçus spécialement pour un profil de troubles concomitants en particulier (par exemple, schizophrénie et usage de cannabis), les traitements intégrés élaborés particulièrement pour les personnes qui ont un trouble de stress post-traumatique et un trouble de dépendance se sont avérés plus avantageux que la version non intégrée de ces traitements. En effet, et comparativement au traitement comparateur ou usuel, les quatre études réalisées auprès de cette clientèle ayant eu recours à un tel type de traitements intégrés ont obtenu une plus grande réduction de la consommation de substances ou une plus grande amélioration des signes et symptômes du trouble mental (n^{os} 1, 3, 6, 7).

Par ailleurs, les études recensées dans le cadre de la mise à jour indiquent que les traitements intégrés utilisant une approche de visualisation de type « *Trauma Focus* » axée sur l'exposition au trauma sont particulièrement efficaces pour intervenir auprès des personnes qui présentent un trouble de stress post-traumatique et un trouble de dépendance. En effet, trois des quatre études ayant eu recours à ce type de traitement ont obtenu des bénéfices accrus quant à la consommation de substances ou aux symptômes de stress post-traumatique (n^{os} 2, 3, 7). L'absence de résultat dans la quatrième étude (n^o 4) pourrait être liée à la faible taille de l'échantillon (n = 34).

Conclusion

En somme, les résultats de la mise à jour confirment plusieurs tendances dégagées lors de la recension initiale. De plus, et alors qu'aucune tendance n'avait pu être dégagée à partir des trois études de la recension initiale réalisées auprès de personnes aux prises avec un trouble de stress post-traumatique, les six études recensées ici portant sur cette clientèle indiquent que les traitements intégrés structurés conçus spécialement pour cette clientèle, et plus particulièrement ceux qui mettent l'accent sur la visualisation, sont plus avantageux que les traitements usuels et d'autres comparateurs pour intervenir à la fois sur la consommation de substances psychoactives et les signes et symptômes cliniques des troubles mentaux. Ce résultat souligne l'importance de conduire des recherches qui portent sur des échantillons de patients plus homogènes et des combinaisons spécifiques de trouble mental et de trouble lié à l'utilisation de substances psychoactives.

Références utilisées pour cette mise à jour de la recherche documentaire

Boden MT, Kimerling R, Jacobs-Lentz J, Bowman D, Weaver C, Carney D, et al. Seeking Safety treatment for male veterans with a substance use disorder and post-traumatic stress disorder symptomatology. *Addiction* 2012;107(3):578-86.

Foa EB, Yuskov DA, McLean CP, Suvak MK, Bux DA Jr, Oslin D, et al. Concurrent naltrexone and prolonged exposure therapy for patients with comorbid alcohol dependence and PTSD: A randomized clinical trial. *JAMA* 2013;310(5):488-95.

Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence. *Am J Psychiatry* 1985;142(11):1259-64.

Kushner MG, Maurer EW, Thuras P, Donahue C, Frye B, Menary KR, et al. Hybrid cognitive behavioral therapy versus relaxation training for co-occurring anxiety and alcohol disorder: A randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol* 2013;81(3):429-42.

McGovern MP, Lambert-Harris C, Alterman AI, Xie H, Meier A. A randomized controlled trial comparing integrated cognitive behavioral therapy versus individual addiction counseling for co-occurring substance use and posttraumatic stress disorders. *J Dual Diagn* 2011;7(4):207-27.

Mills KL, Teesson M, Back SE, Brady KT, Baker AL, Hopwood S, et al. Integrated exposure-based therapy for co-occurring posttraumatic stress disorder and substance dependence: A randomized controlled trial. *JAMA* 2012;308(7):690-9.

Sannibale C, Teesson M, Creamer M, Sitharthan T, Bryant RA, Sutherland K, et al. Randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for comorbid post-traumatic stress disorder and alcohol use disorders. *Addiction* 2013;108(8):1397-410.

Van Dam D, Ehring T, Vedel E, Emmelkamp PM. Trauma-focused treatment for posttraumatic stress disorder combined with CBT for severe substance use disorder: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 2013;13:172.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Le présent avis avait pour objectif de répondre aux trois questions suivantes :

- Quels sont les différents modèles de dispensation des soins et services, et conditions de mise en place de ces modèles, qui ont été développés pour les personnes avec des troubles concomitants?
- Comment s'organise la dispensation des soins et services en rapport aux troubles concomitants au sein d'autres juridictions et au Canada?
- Quels traitements et interventions utilisés dans le cadre de ces modèles sont efficaces?

L'analyse de la littérature basée sur 22 documents qui traitent des modèles d'organisation des services et de dispensation des soins aux personnes aux prises avec des troubles concomitants (accompagnés d'autres documents retenus à l'aide de stratégies de repérage secondaires), ainsi que l'analyse de 13 revues systématiques et de 35 études primaires portant sur leur efficacité, nous amène à conclure que :

1. Les modèles d'organisation et de dispensation des soins et services à large échelle, caractérisés par une intégration horizontale, se distinguent des modèles de dispensation des soins de type vertical, offerts par un ou plusieurs prestataires de soins au sein d'un même établissement ou d'un continuum de soins et services, par l'établissement d'expertises et de compétences transversales allant au-delà du caractère particulier de fonctionnement de chacun d'entre eux. Certains points d'amélioration et d'optimisation des pratiques organisationnelles en matière de troubles concomitants, applicables à une multiplicité de situations et de contextes, ont pu être dégagés de ces modèles :
 - a. Les personnes présentant un trouble concomitant en santé mentale et en dépendance peuvent entrer par n'importe quelle porte et être prises en charge de manière adéquate ou être redirigées, le cas échéant, vers les soins et services appropriés;
 - b. Les intervenants œuvrant auprès de ces personnes sont sensibles à la création et au maintien d'une alliance thérapeutique. Cette dernière demeure un élément essentiel pour l'adhésion au traitement et le succès de celui-ci;
 - c. Les situations de transition rencontrées par les personnes présentant un trouble concomitant en santé mentale et en dépendance sont encadrées et facilitées, de manière concertée, afin de ne pas perdre de vue les personnes dans le besoin durant leur cheminement. Ces dernières ne sont pas considérées comme étant rattachées à un prestataire de soins en particulier, mais plutôt comme des clients du système de santé dans son ensemble.
2. 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. L'important ne réside pas en l'atteinte, à tout prix, de liens interorganisationnels formels, mais plutôt dans le fait d'engager des démarches qui, au quotidien, permettent d'instaurer un climat de prestation de soins dans lequel sont imbriquées les racines de la collaboration.

3. L'intégration d'interventions brèves en dépendance au traitement usuel de même que le recours à des traitements dont le contenu et l'administration sont hautement structurés et conçus pour les personnes présentant un trouble concomitant en santé mentale et en dépendance, sont plus efficaces pour réduire la consommation de substances psychoactives chez les personnes aux prises avec des troubles mentaux graves que les traitements usuels en santé mentale. Chez une telle clientèle, l'inclusion d'intervenants spécialisés dans le traitement des dépendances ou des troubles concomitants au sein des équipes de suivi dans la communauté et de gestion de cas entraîne également une plus grande réduction des taux d'hospitalisation et de la durée moyenne de séjour qu'avec les équipes traitantes régulières.
4. Les résultats obtenus auprès des personnes présentant des troubles mentaux modérés suggèrent pour leur part que les traitements intégrés combinant des interventions psychosociales (en santé mentale et (ou) en dépendance) et l'usage de la pharmacothérapie sont plus efficaces que ces mêmes interventions combinées à un placebo pour réduire la consommation d'alcool chez les personnes dépendantes à cette substance. L'intégration d'interventions en santé mentale à des programmes intensifs de réadaptation en dépendance semble pour sa part améliorer davantage la santé mentale des personnes concernées que la version non intégrée de ces programmes.
5. Les résultats suggèrent également que chez les personnes présentant des troubles mentaux modérés, les traitements basés sur la thérapie en 12 étapes ou visant à en favoriser l'adhésion représentent, dans certains cas, une alternative thérapeutique plus accessible et plus efficace que d'autres traitements plus complexes nécessitant des intervenants ayant une formation professionnelle plus avancée.

Recommandations

À la lumière de l'ensemble des éléments présentés dans cet avis, l'INESSS formule les recommandations suivantes :

1. Le MSSS, les établissements du réseau de la santé et des services sociaux de même que les autres partenaires œuvrant auprès des personnes présentant un trouble concomitant en santé mentale et en dépendance, devraient mettre l'accent sur les éléments suivants afin d'améliorer les soins et services offerts à cette clientèle :
 - a. Formalisation des mécanismes de collaboration inter-organisationnels de même qu'entre les intervenants du milieu de la santé mentale et de la dépendance;
 - b. Accueil des personnes à n'importe quelle porte d'entrée du système dans le cadre d'une harmonisation accrue entre les réseaux public, privé et communautaire;
 - c. Optimisation des mécanismes de soutien aux personnes actuellement en place afin d'assurer une transition fluide entre les niveaux de soins et de services.
2. Les équipes qui œuvrent en santé mentale devraient avoir accès à des formations sur les troubles concomitants et à des techniques d'interventions brèves en dépendance pour intervenir auprès des personnes qui ont des troubles mentaux graves et des troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives;
3. Les programmes en santé mentale et en dépendance auraient avantage à inclure dans leur offre de services des traitements spécialement conçus pour les personnes aux prises avec des troubles mentaux graves et des troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives dont le contenu et l'administration sont hautement structurés;

4. Les équipes de réadaptation en dépendance devraient pouvoir compter sur des professionnels capables d'évaluer l'état mental et physique (médecins, psychiatres, psychologues, conseillers en orientation, infirmières et travailleurs sociaux) des personnes présentant des troubles concomitants en santé mentale et en dépendance et avoir accès à des traitements pharmacologiques, lorsque cela requis;
5. Les établissements du réseau de la santé et des services sociaux auraient avantage à offrir des traitements intégrés en dépendance et en santé mentale de différentes intensités aux personnes présentant des troubles mentaux modérés et que ceux-ci soient dispensés au sein d'une même organisation ou en collaboration avec d'autres;
6. Les milieux de recherche et de pratique, et plus particulièrement les CISSS et les CIUSSS, devraient explorer les composantes non particulières (par ex., le parrainage, le soutien d'un groupe de pairs, l'accès à un nouveau réseau social et le soutien offert en tout temps) associées aux groupes d'entraide et aux approches basées sur les 12 étapes afin de potentialiser les interventions offertes aux personnes présentant des troubles concomitants en santé mentale et en dépendance;
7. Les CIUSSS devraient jouer un rôle d'avant plan dans la conduite de travaux de recherche portant sur des profils cliniques spécifiques (type de trouble mental et de dépendance) afin d'évaluer, de façon plus précise, leur efficacité auprès des personnes présentant différents profils cliniques de troubles mentaux et de troubles liés à l'utilisation de substances, et plus particulièrement les personnes atteintes d'un trouble mental modéré.

RÉFÉRENCES (incluant les études primaires retenues citées dans les annexes)

- American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition (DSM-5™). Arlington, VA : APA; 2013.
- Aubry T, Cousins B, LaFerriere D, Wexler A. Evaluation of concurrent disorders group treatment program: Outcome evaluation report. Ottawa, ON : University of Ottawa; 2003. Disponible à : http://evaluationcanada.ca/distribution/200308_aubry_tim_cousins_brad_laferriere_diane_wexler_audrey.pdf.
- Australian Institute for Primary Care. Comorbidity treatment service model evaluation – Final report. Melbourne, Australie : La Trobe University ; Australian Institute for Primary Care; 2009. Disponible à : <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/illicit-pubs-cotreat>.
- Baker A, Bucci S, Lewin TJ, Kay-Lambkin F, Constable PM, Carr VJ. Cognitive behavioural therapy for substance use disorders in people with psychotic disorders: Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2006;188:439-48.
- Ball SA. Comparing individual therapies for personality disordered opioid dependent patients. *J Pers Disord* 2007;21(3):305-21.
- Barnett J, Vasileiou K, Djemil F, Brooks L, Young T. Understanding innovators' experiences of barriers and facilitators in implementation and diffusion of healthcare service innovations: A qualitative study. *BMC Health Serv Res* 2011;11:342.
- Barrowclough C, Haddock G, Wykes T, Beardmore R, Conrod P, Craig T, et al. Integrated motivational interviewing and cognitive behavioural therapy for people with psychosis and comorbid substance misuse: Randomised controlled trial. *BMJ* 2010;341:c6325.
- Bellack AS, Bennett ME, Gearon JS, Brown CH, Yang Y. A randomized clinical trial of a new behavioral treatment for drug abuse in people with severe and persistent mental illness. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63(4):426-32.
- Bertrand K, Flores-Aranda J, Brunelle N, Landry M, Patenaude C, Brochu S. Les trajectoires d'utilisation de services en toxicomanie et les principaux enjeux associés : la perspective des usagers. Dans : Brochu S, Landry M, Bertrand K, Brunelle N, Patenaude C, réd. *À la croisée des chemins : trajectoires addictives et trajectoires de services*. Québec, Qc : Presses de l'Université Laval; 2014 : 151-97.
- Biegel DE, Kola LA, Ronis RJ, Boyle PE, Delos Reyes CM, Wieder B, Kubek P. The Ohio Substance Abuse and Mental Illness Coordinating Center of Excellence: Implementation support for evidence-based practice. *Research on Social Work Practice* 2003;13(4):531-45.
- Boden MT, Kimerling R, Jacobs-Lentz J, Bowman D, Weaver C, Carney D, et al. Seeking Safety treatment for male veterans with a substance use disorder and post-traumatic stress disorder symptomatology. *Addiction* 2012;107(3):578-86.
- Bonsack C, Gibellini Manetti S, Favrod J, Montagrin Y, Besson J, Bovet P, Conus P. Motivational intervention to reduce cannabis use in young people with psychosis: A randomized controlled trial. *Psychother Psychosom* 2011;80(5):287-97.

- Brooks AJ et Penn PE. Comparing treatments for dual diagnosis: Twelve-step and self-management and recovery training. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2003;29(2):359-83.
- Brousselle A, Lamothe L, Sylvain C, Foro A, Perreault M. Integrating services for patients with mental and substance use disorders: What matters? *Health Care Manage Rev* 2010;35(3):212-23.
- Burnam MA et Watkins KE. Substance abuse with mental disorders: Specialized public systems and integrated care. *Health Aff (Millwood)* 2006;25(3):648-58.
- Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. Manuel d'Approche systémique. Intégrer les systèmes de toxicomanie et de santé mentale. Ottawa, ON : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies; 2013. Disponible à : <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/nts-systems-approach-integrating-substance-use-and-mental-health-systems-fr.pdf>.
- Centre de réadaptation en dépendance de Montréal - Institut universitaire (CRDM-IU). Les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives : prévalence, utilisation des services et bonnes pratiques. Montréal, Qc : CRDM-IU; 2015. Disponible à : <http://dependancemontreal.ca/actualites/nouveau-rapport-de-recherche-troubles-lies-a-utilisation-de-substances-psychoactives>.
- Centre de réadaptation en dépendance Le Virage (CRD Le Virage) et Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher (CSSS Pierre-Boucher). Guide d'accompagnement d'un partenariat CRD-CSSS. Longueuil, Qc : CRD Le Virage et CSSS Pierre-Boucher; 2012. Disponible à : [http://www.santemonteregie.qc.ca/depot/document/1349/GuidePartenariat_Mosaic\(VFWeb\).pdf](http://www.santemonteregie.qc.ca/depot/document/1349/GuidePartenariat_Mosaic(VFWeb).pdf).
- Chow CM, Wieman D, Cichocki B, Qvicklund H, D H. Mission impossible: Treating serious mental illness and substance use co-occurring disorder with integrated treatment: A meta-analysis. *Mental Health and Substance Use* 2013;6(2):150-68.
- Chowdhury J. Hacking Health: Bottom-up innovation for healthcare. *Technology Innovation Management Review* 2012;July:31-5.
- Cleary M, Hunt GE, Matheson S, Walter G. Psychosocial treatments for people with co-occurring severe mental illness and substance misuse: Systematic review. *J Adv Nurs* 2009;65(2):238-58.
- Comité directeur du projet collaboratif en toxicomanie et en santé mentale. Collaboration pour les soins en toxicomanie et en santé mentale : meilleurs conseils. Ottawa, ON : Centre canadien de lutte contre les toxicomanies; 2015. Disponible à : <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-Collaboration-Addiction-Mental-Health-Best-Advice-Report-2015-fr.pdf>.
- Craig TK, Johnson S, McCrone P, Afuwape S, Hughes E, Gournay K, et al. Integrated care for co-occurring disorders: Psychiatric symptoms, social functioning, and service costs at 18 months. *Psychiatr Serv* 2008;59(3):276-82.
- Cristofalo M, Boutain D, Schraufnagel TJ, Bumgardner K, Zatzick D, Roy-Byrne PP. Unmet need for mental health and addictions care in urban community health clinics: Frontline provider accounts. *Psychiatr Serv* 2009;60(4):505-11.
- Critical Appraisal Skills Programme (CASP). CASP Checklists [site Web]. Oxford, Royaume-Uni : CASP UK; 2013. Disponible à : <http://www.casp-uk.net/#!/checklists/cb36> (consulté le 1er avril 2015).

- Croton G. Co-occurring mental health and substance use disorders: An investigation of service system modifications and initiatives designed to provide an integrated treatment response. Wangaratta, Australie : Eastern Hume Dual Diagnosis Service; 2004. Disponible à : http://www.dualdiagnosis.org.au/Croton_Fellowship_Co-occurring%20Disorders.pdf.
- Daughters SB, Braun AR, Sargeant MN, Reynolds EK, Hopko DR, Blanco C, Lejuez CW. Effectiveness of a brief behavioral treatment for inner-city illicit drug users with elevated depressive symptoms: The life enhancement treatment for substance use (LETS Act!). *J Clin Psychiatry* 2008;69(1):122-29.
- Dausey DJ, Pincus HA, Herrell JM, Rickards L. State mental health policy: States' early experience in improving systems-level care for persons with co-occurring disorders. *Psychiatr Serv* 2007;58(7):903-5.
- De Witte NA, Crunelle CL, Sabbe B, Moggi F, Dom G. Treatment for outpatients with comorbid schizophrenia and substance use disorders: A review. *Eur Addict Res* 2013;20(3):105-14.
- Deady M, Teesson M, Mills K, Kay-Lambkin F, Baker A, Baillie A, et al. One person, diverse needs: Living with mental health and alcohol and drug difficulties. Sydney, Australie : NHMRC Centre of Research Excellence in Mental Health and Substance Use; 2013. Disponible à : <https://comorbidity.edu.au/sites/default/files/newsevents/events/One%20person,%20diverse%20needs.pdf>.
- Dolan J. Treatment of dual diagnosis post traumatic stress disorder and substance use disorders: A meta-analysis. Milwaukee, WI : Marquette University; 2012. Disponible à : http://epublications.marquette.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1176&context=dissertations_mu.
- Drake RE, O'Neal EL, Wallach MA. A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders. *J Subst Abuse Treat* 2008;34(1):123-38.
- Drake RE, Essock SM, Shaner A, Carey KB, Minkoff K, Kola L, et al. Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 2001;52(4):469-76.
- Drake RE, Mercer-McFadden C, Mueser KT, McHugo GJ, Bond GR. Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. *Schizophr Bull* 1998;24(4):589-608.
- Drake RE, Wallach MA, Teague GB, Freeman DH, Paskus TS, Clark TA. Housing instability and homelessness among rural schizophrenic patients. *Am J Psychiatry* 1991;148(3):330-6.
- Ducharme LJ, Knudsen HK, Roman PM. Availability of integrated care for co-occurring substance abuse and psychiatric conditions. *Community Ment Health J* 2006;42(4):363-75.
- Edwards J, Elkins K, Hinton M, Harrigan SM, Donovan K, Athanasopoulos O, McGorry PD. Randomized controlled trial of a cannabis-focused intervention for young people with first-episode psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 2006;114(2):109-17.
- Essock SM, Mueser KT, Drake RE, Covell NH, McHugo GJ, Frisman LK, et al. Comparison of ACT and standard case management for delivering integrated treatment for co-occurring disorders. *Psychiatr Serv* 2006;57(2):185-96.

- Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes (FQCRPAT). Toxicomanie, jeu pathologique et troubles mentaux : pour une intervention efficace. Montréal, Qc : FQCRPAT; 2005. Disponible à : <http://www.santecom.qc.ca/bibliothequevirtuelle/hyperion/2921628066.pdf>.
- Fillion-Bilodeau S, Nadeau L, Landry M. La concomitance des troubles liés aux substances et de santé mentale. Dans : Nadeau L et Landry M, réd. Les troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale. Québec, Qc : Presses de l'Université Laval; 2012 : 45-70.
- Fleury MJ, Perreault M, Grenier G. L'intégration des services pour les troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie. Dans : Landry M, Brochu S, Patenaude C, réd. L'intégration des services en toxicomanie. Québec, Qc : Presses de l'Université Laval; 2012 : 9-33.
- Foa EB, Yusko DA, McLean CP, Suvak MK, Bux DA Jr, Oslin D, et al. Concurrent naltrexone and prolonged exposure therapy for patients with comorbid alcohol dependence and PTSD: A randomized clinical trial. *JAMA* 2013;310(5):488-95.
- Fries HP et Rosen MI. The efficacy of assertive community treatment to treat substance use. *J Am Psychiatr Nurses Assoc* 2011;17(1):45-50.
- Frisman L, Ford J, Lin H-J, Mallon S, Chang R. Outcomes of trauma treatment using the TARGET model. *J Groups Addict Recov* 2008;3(3-4):285-303.
- Glasner-Edwards S, Tate SR, McQuaid JR, Cummins K, Granholm E, Brown SA. Mechanisms of action in integrated cognitive-behavioral treatment versus twelve-step facilitation for substance-dependent adults with comorbid major depression. *J Stud Alcohol Drugs* 2007;70(5):663-72.
- Gotham HJ, Claus RE, Selig K, Homer AL. Increasing program capability to provide treatment for co-occurring substance use and mental disorders: Organizational characteristics. *J Subst Abuse Treat* 2010;38(2):160-9.
- Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O. Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *Milbank Q* 2004;82(4):581-629.
- Gregory RJ, Chlebowsky S, Kang D, Remen AL, Soderberg MG, Stepkovitch J, Virk S. A controlled trial of psychodynamic psychotherapy for co-occurring borderline personality disorder and alcohol use disorder. *Psychotherapy (Chic)* 2008;45(1):28-41.
- Hernandez-Avila CA, Modesto-Lowe V, Feinn R, Kranzler HR. Nefazodone treatment of comorbid alcohol dependence and major depression. *Alcohol Clin Exp Res* 2004;28(3):433-40.
- Hesse M. Integrated psychological treatment for substance use and co-morbid anxiety or depression vs. treatment for substance use alone. A systematic review of the published literature. *BMC Psychiatry* 2009;9:6.
- Hien DA, Cohen LR, Miele GM, Litt LC, Capstick C. Promising treatments for women with comorbid PTSD and substance use disorders. *Am J Psychiatry* 2004;161(8):1426-32.
- Himmelman AT. Collaboration defined: A developmental continuum of change strategies. Minneapolis, MN : Himmelman Consulting; 2002. Disponible à : https://depts.washington.edu/ccph/pdf_files/4achange.pdf.
- Hjorthøj CR, Fohlmann A, Larsen A-M, Gluud C, Arendt M, Nordentoft M. Specialized psychosocial treatment plus treatment as usual (TAU) versus TAU for patients with cannabis use disorder and psychosis: The CapOplus randomized trial. *Psychol Med* 2013;43(7):1499-510.

- Hunt GE, Siegfried N, Morley K, Sitharthan T, Cleary M. Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;10:CD001088.
- James W, Preston NJ, Koh G, Spencer C, Kisely SR, Castle DJ. A group intervention which assists patients with dual diagnosis reduce their drug use: A randomized controlled trial. *Psychol Med* 2004;34(6):983-90.
- Kates N, Mazowita G, Lemire F, Jayabarathan A, Bland R, Selby P, et al. L'évolution des soins de santé mentale en collaboration au Canada : une vision d'avenir partagée. *Revue canadienne de psychiatrie* 2010;56(5 Encart):1-12.
- Kavanagh DJ, Young R, White A, Saunders JB, Wallis J, Shockley N, et al. A brief motivational intervention for substance misuse in recent-onset psychosis. *Drug Alcohol Rev* 2004;23(2):151-5.
- Kemp R, Harris A, Vurel E, Sitharthan T. Stop Using Stuff: Trial of a drug and alcohol intervention for young people with comorbid mental illness and drug and alcohol problems. *Australas Psychiatry* 2007;15(6):490-3.
- Kennedy-MacDonald T. Adoption of a clinical innovation "Best Practices for Concurrent Mental Health and Substance Use Disorders" in Ontario, a one-year follow up [thèse]. Toronto, ON : University of Toronto; 2008. Disponible à : https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/11147/1/KennedyMacDonald_Tamara_L_200803_MSc_thesis.pdf.
- Komaroff J et Perreault M. Toutes les organisations ne sont pas égales quant au pouvoir décisionnel de leurs pairs aidants ! *Drogues, santé et société* 2013;12(1):41-56.
- Kushner MG, Maurer EW, Thuras P, Donahue C, Frye B, Menary KR, et al. Hybrid cognitive behavioral therapy versus relaxation training for co-occurring anxiety and alcohol disorder: A randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol* 2013;81(3):429-42.
- Landry M, Cournoyer LG, Bergeron J, Brochu S. Persévérance en traitement pour toxicomanie en centre de réadaptation : effets de la comorbidité, de la structure du traitement et du profil biopsychosocial. *Science et comportement* 2001;28(3):115-43.
- Lawrence-Jones J. Dual diagnosis (drug/alcohol and mental health): Service user experiences. *Practice* 2010;22(2):115-31.
- Lee NK, Cameron J, Jenner L. A systematic review of interventions for co-occurring substance use and borderline personality disorders. *Drug Alcohol Rev* 2015;34(6):663-72.
- Lee SJ, Crowther E, Keating C, Kulkarni J. What is needed to deliver collaborative care to address comorbidity more effectively for adults with a severe mental illness? *Aust N Z J Psychiatry* 2013;47(4):333-46.
- Madigan K, Brennan D, Lawlor E, Turner N, Kinsella A, O'Connor JJ, et al. A multi-center, randomized controlled trial of a group psychological intervention for psychosis with comorbid cannabis dependence over the early course of illness. *Schizophr Res* 2013;143(1):138-42.
- Mangrum LF, Spence RT, Lopez M. Integrated versus parallel treatment of co-occurring psychiatric and substance use disorders. *J Subst Abuse Treat* 2006;30(1):79-84.

- Martino S, Carroll KM, Nich C, Rounsaville BJ. A randomized controlled pilot study of motivational interviewing for patients with psychotic and drug use disorders. *Addiction* 2006;101(10):1479-92.
- McGinty EE, Baker SP, Steinwachs DM, Daumit G. Injury risk and severity in a sample of Maryland residents with serious mental illness. *Inj Prev* 2013;19(1):32-7.
- McGovern MP, Lambert-Harris C, Alterman AI, Xie H, Meier A. A randomized controlled trial comparing integrated cognitive behavioral therapy versus individual addiction counseling for co-occurring substance use and posttraumatic stress disorders. *J Dual Diagn* 2011;7(4):207-27.
- McGovern MP, Clark RE, Samnaliev M. Co-occurring psychiatric and substance use disorders: A multistate feasibility study of the quadrant model. *Psychiatr Serv* 2007;58(7):949-54.
- Ménard J-M. Proposition d'un modèle régional d'organisation de services simultanés et intégrés pour les personnes présentant une double problématique toxicomanie et problèmes de santé mentale. Trois-Rivières, Qc : Centre de réadaptation Domrémy Mauricie Centre-du-Québec; 2001. Disponible à : http://www.domremymcq.ca/fichiers/Documents/modele_reg_org_serv_asm.pdf.
- Mercier C et Beaucage B. Toxicomanie et problèmes sévères de santé mentale : recension des écrits et état de situation pour le Québec Montréal, Qc : Comité permanent de lutte à la toxicomanie; 1997. Disponible à : <http://www.santecom.qc.ca/BibliothequeVirtuelle/CPLT/2550312899.pdf>.
- Merkes M, Lewis V, Canaway R. Supporting good practice in the provision of services to people with comorbid mental health and alcohol and other drug problems in Australia: Describing key elements of good service models. *BMC Health Serv Res* 2010;10:325.
- Midy F, Vanier C, Grant M. Guide d'évaluation participative et de négociation. Montréal, Qc : Centre de formation populaire; 1998.
- Mills KL, Teesson M, Back SE, Brady KT, Baker AL, Hopwood S, et al. Integrated exposure-based therapy for co-occurring posttraumatic stress disorder and substance dependence: A randomized controlled trial. *JAMA* 2012;308(7):690-9.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Réorganisation du réseau [site Web]. Québec, Qc : MSSS; 2015. Disponible à : <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/reorganisation/portrait> (consulté le 5 mai 2015).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Présentation sur le projet de loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales. Québec, Qc : MSSS; 2014. Disponible à : <http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/salle-de-presse/medias/Presentation-info-techniquePL10.pdf> (consulté le 31 mars 2015).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Évaluation de l'implantation du Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens. Québec, Qc : MSSS; 2012. Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-914-09W.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). 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. Québec, Qc : MSSS; 2011a. Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-914-01F.pdf>.

- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Projets « Bons coups ». Journée d'échanges sur le déploiement de l'Offre de service en dépendances. Québec, Qc : MSSS; 2011b. Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-804-03F.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience. Programme-services Dépendances – Offre de services 2007-2012. Québec, Qc : MSSS; 2007. Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2007/07-804-10.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens. Québec, Qc : MSSS; 2005. Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2005/05-914-01.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). L'architecture des services de santé et des services sociaux : les programmes-services et les programmes-soutien. Québec, Qc : MSSS; 2004. Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2004/04-710-01.pdf>.
- Minkoff K et Cline CA. Changing the world: The design and implementation of comprehensive continuous integrated systems of care for individuals with co-occurring disorders. *Psychiatr Clin North Am* 2004;27(4):727-43.
- Morrissey JP, Jackson EW, Ellis AR, Amaro H, Brown VB, Najavits LM. Twelve-month outcomes of trauma-informed interventions for women with co-occurring disorders. *Psychiatr Serv* 2005;56(10):1213-22.
- Morse GA, Calsyn RJ, Dean Klinkenberg W, Helminiak TW, Wolff N, Drake RE, et al. Treating homeless clients with severe mental illness and substance use disorders: Costs and outcomes. *Community Ment Health J* 2006;42(4):377-404.
- Moser LL, Deluca NL, Bond GR, Rollins AL. Implementing evidence-based psychosocial practices: Lessons learned from statewide implementation of two practices. *CNS Spectr* 2004;9(12):926-36, 42.
- Mueser KT, Glynn SM, Cather C, Xie H, Zarate R, Smith LF, et al. A randomized controlled trial of family intervention for co-occurring substance use and severe psychiatric disorders. *Schizophr Bull* 2013;39(3):658-72.
- Novotna G. Institutional analysis of integrated treatment for co-occurring mental health, substance use and gambling problems in Ontario: A case study [thèse]. Waterloo, ON : Wilfrid Laurier University; 2009. Disponible à : <http://scholars.wlu.ca/cgi/viewcontent.cgi?article=2086&context=etd>.
- O'Campo P, Kirst M, Schaefer-McDaniel N, Firestone M, Scott A, McShane K. Community-based services for homeless adults experiencing concurrent mental health and substance use disorders: A realist approach to synthesizing evidence. *J Urban Health* 2009;86(6):965-89.
- Office québécois de langue française (OQLF). Le grand dictionnaire terminologique [site Web]. Montréal, Qc : OQLF. Disponible à : <http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/index.aspx>.
- Oslin DW. Treatment of late-life depression complicated by alcohol dependence. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005;13(6):491-500.

- Pennay A, Cameron J, Reichert T, Strickland H, Lee NK, Hall K, Lubman DI. A systematic review of interventions for co-occurring substance use disorder and borderline personality disorder. *J Subst Abuse Treat* 2011;41(4):363-73.
- Petersen L, Jeppesen P, Thorup A, Øhlenschlæger J, Krarup G, Østergård T, et al. Substance abuse and first-episode schizophrenia-spectrum disorders. The Danish OPUS trial. *Early Interv Psychiatry* 2007;1(1):88-96.
- Petrakis IL, O'Malley S, Rounsaville B, Poling J, McHugh-Strong C, Krystal JH. Naltrexone augmentation of neuroleptic treatment in alcohol abusing patients with schizophrenia. *Psychopharmacology (Berl)* 2004;172(3):291-7.
- Pincus HA, Burnam MA, Magnabosco J, Dembosky JW, Greenberg M. State efforts to improve practice and policy for individuals with co-occurring mental and addictive disorders. Santa Monica, CA : RAND Corporation; 2006. Disponible à : http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/working_papers/2006/RAND_WR344.pdf.
- Provan KG et Sebastian JG. Networks within networks: Service link overlap, organizational cliques and network effectiveness. *Acad Manage J* 1998;41(4):453-63.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. Organisation des services pour les personnes souffrant de problèmes de santé mentale et de toxicomanie : rapport du comité d'experts. Montréal, Qc : Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre; 1999. Disponible à : <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs58148>.
- Ries RK. Clinical treatment matching models for dually diagnosed patients. *Psychiatr Clin North Am* 1993;16(1):167-75.
- Ries RK, Dyck DG, Short R, Srebnik D, Fisher A, Comtois KA. Outcomes of managing disability benefits among patients with substance dependence and severe mental illness. *Psychiatr Serv* 2004;55(4):445-7.
- Rush B. Evaluating the complex: Alternative models and measures for evaluating collaboration among substance use services with mental health, primary care and other services and sectors. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 2014a;31(1):27-44.
- Rush B. Integration of addiction services with other health and social services [présentation au colloque de l'ARUC, 13 novembre 2014]. Montréal, Qc : Institut universitaire en santé mentale de Montréal; 2014b. Disponible à : https://www.webdepot.umontreal.ca/Usagers/brochus/MonDepotPublic/Publications/ARUC/Colloque%20ARUC_PPT%20Brian%20RUSH.pdf.
- Rush B. Tiered frameworks for planning substance use service delivery systems: Origins and key principles. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 2010;27(6):617-36.
- Rush B et Nadeau L. L'intégration des services et des systèmes de santé mentale et de dépendance : résultats de recherche au Québec et réflexions cliniques. Dans : Nadeau L et Landry M, réd. *Les troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale*. Québec, Qc : Presses de l'Université Laval; 2012 : 5-44.
- Rush B, Fogg B, Nadeau L, Furlong A. On the integration of mental health and substance use services and systems: Main report. Ottawa, ON : Canadian Executive Council on Addictions (CECA); 2008. Disponible à : <http://www.ceca-cect.ca/pdf/Main-reportFINALa.pdf>.

- Ryan R, Santesso N, Hill S, Lowe D, Kaufman C, Grimshaw J. Consumer-oriented interventions for evidence-based prescribing and medicines use: An overview of systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;11(5):CD007768.
- Sacks S, McKendrick K, Sacks JY, Banks S, Harle M. Enhanced outpatient treatment for co-occurring disorders: Main outcomes. *J Subst Abuse Treat* 2008;34(1):48-60.
- Salloum IM, Cornelius JR, Daley DC, Kirisci L, Himmelhoch JM, Thase ME. Efficacy of valproate maintenance in patients with bipolar disorder and alcoholism: A double-blind placebo-controlled study. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62(1):37-45.
- Sannibale C, Teesson M, Creamer M, Sitharthan T, Bryant RA, Sutherland K, et al. Randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for comorbid post-traumatic stress disorder and alcohol use disorders. *Addiction* 2013;108(8):1397-410.
- Santa Ana EJ, Wulfert E, Nietert PJ. Efficacy of group motivational interviewing (GMI) for psychiatric inpatients with chemical dependence. *J Consult Clin Psychol* 2007;75(5):816-22.
- Santé Canada. Meilleures pratiques – Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie. Ottawa, ON : Santé Canada; 2002. Disponible à : http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/pubs/adp-apd/bp_disorder-mp_concomitants/index-fra.php.
- Schadé A, Marquenie LA, van Balkom AJ, Koeter MW, de Beurs E, van den Brin W, van Dyck R. The effectiveness of anxiety treatment on alcohol-dependent patients with a comorbid phobic disorder: A randomized controlled trial. *Alcohol Clin Exp Res* 2005;29(5):794-800.
- Schmidt LM, Hesse M, Lykke J. The impact of substance use disorders on the course of schizophrenia— A 15-year follow-up study: Dual diagnosis over 15 years. *Schizophr Res* 2011;130(1–3):228-33.
- Schulte SJ, Meier PS, Stirling J. Dual diagnosis clients' treatment satisfaction - a systematic review. *BMC Psychiatry* 2011;11:64.
- Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, et al. Development of AMSTAR: A measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Med Res Methodol* 2007;7(10)
- Sohn W, Ismail AI, Tellez M. Efficacy of educational interventions targeting primary care providers' practice behaviors: An overview of published systematic reviews. *J Public Health Dent* 2004;64(3):164-72.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Substance abuse treatment for persons with co-occurring disorders. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 42. Rockville, MD : SAMHSA; 2008. Disponible à : <http://store.samhsa.gov/product/TIP-42-Substance-Abuse-Treatment-for-Persons-With-Co-Occurring-Disorders/SMA13-3992>.
- Tiet QQ et Mausbach B. Treatments for patients with dual diagnosis: A review. *Alcohol Clin Exp Res* 2007;31(4):513-36.
- Torchalla I, Nosen L, Rostam H, Allen P. Integrated treatment programs for individuals with concurrent substance use disorders and trauma experiences: A systematic review and meta-analysis. *J Subst Abuse Treat* 2012;42(1):65-77.
- Van Dam D, Ehring T, Vedel E, Emmelkamp PM. Trauma-focused treatment for posttraumatic stress disorder combined with CBT for severe substance use disorder: A randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 2013;13:172.

- Weiss RD, Griffin ML, Kolodziej ME, Greenfield SF, Najavits LM, Daley DC, et al. A randomized trial of integrated group therapy versus group drug counseling for patients with bipolar disorder and substance dependence. *Am J Psychiatry* 2007;164(1):100-7.
- Wild TC, Wolfe J, Wang J, Ohinmaa A. Gap analysis of public mental health and addictions programs (GAP-MAP): Final report. Edmonton, AB : University of Alberta School of Public Health; 2014. Disponible à : <http://www.health.alberta.ca/documents/GAP-MAP-Report-2014.pdf>.
- Williams R. No Wrong Door phase 1: Evaluation report. Wangaratta, Australie : Ovens and King Community Health Service; 2008.
- Wong J. Concurrent treatments of substance use disorders with anxiety or trauma: A comprehensive meta-analysis [thèse]. Philadelphie, PA : Temple University; 2014. Disponible à : <http://cdm2458-01.cdmhost.com/cdm/ref/collection/p245801coll10/id/294389>.
- Xie H, McHugo GJ, Fox MB, Drake RE. Substance abuse relapse in a ten-year prospective follow-up of clients with mental and substance use disorders. *Psychiatr Serv* 2005;56(10):1282-7.