

# LES TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Prévalence, utilisation des  
services et bonnes pratiques



## Rédaction du document

**Maria Chauvet, M. Sc.**

Coordonnatrice, Infrastructure de recherche, Centre de réadaptation en dépendance de Montréal - Institut universitaire (CRDM-IU)

**Ervane Kamgang, M. Sc.**

Agente de recherche, Infrastructure de recherche, CRDM-IU

**André Ngamini Ngui, Ph.D.**

Chercheur d'établissement, CRDM-IU

**Marie-Josée Fleury, Ph.D.**

Directrice scientifique, CRDM-IU

## Révision scientifique

**Hélène Simoneau, Ph.D.**

Chercheuse d'établissement, CRDM-IU

---

**Ce document a été produit par le Centre de réadaptation en dépendance de Montréal - Institut universitaire (CRDM-IU)**

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web du CRDM-IU au : [www.dependancemontreal.ca](http://www.dependancemontreal.ca)

Ce document peut être photocopié avec mention de la source.

DÉPÔT LÉGAL, 1<sup>er</sup> trimestre de 2015  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec  
Bibliothèque et Archives Canada  
ISBN : 978-2-9810903-6-2

# MOT DE PRÉSENTATION

Le Centre de réadaptation en dépendance de Montréal (CRDM) a été désigné Institut universitaire (IU) sur les dépendances par le ministère de la Santé et des Services sociaux le 21 août 2007. En vertu de ce statut, il doit contribuer au développement de services de pointe, à la formation des professionnels du réseau de la santé et des services sociaux, à la recherche et à l'évaluation des modes d'intervention en dépendance.

Dans le cadre de sa mission universitaire, le Centre travaille notamment à documenter l'ampleur du phénomène des dépendances au Québec, les facteurs qui y sont associés et les processus pouvant expliquer les trajectoires de consommation ou de rétablissement, de même que l'influence de certains milieux ou réseaux sociaux. Il travaille également à documenter les meilleurs modèles de réadaptation en dépendance.

La direction générale du CRDM-IU conjointement avec la direction de la mission universitaire et scientifique sont fières de vous présenter les rapports de recherche de l'IU. Ces rapports visent à rendre accessibles les résultats de recherche à l'ensemble du personnel du CRDM-IU, aux partenaires de l'IU, à la communauté universitaire et à toute autre personne intéressée par leur contenu. Bref, ces rapports de recherche constituent une forme de documentation complémentaire aux articles de revues scientifiques.

Nous souhaitons vivement que ce rapport rapproche les milieux de la recherche et de l'intervention et, surtout, qu'il alimente la réflexion et la recherche de solutions afin d'améliorer l'intervention auprès des personnes dépendantes ainsi que les membres de leur entourage.



**Jacques Couillard**  
Directeur général  
CRDM-IU



**LES TROUBLES  
LIÉS À L'UTILISATION  
DE SUBSTANCES  
PSYCHOACTIVES**

Prévalence, utilisation  
des services et  
bonnes pratiques

# TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES SIGLES.....	1
INTRODUCTION.....	4
<b>1. CONTINUUM DE CONSOMMATION : DE LA CONSOMMATION À FAIBLE RISQUE AUX TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES (TUS) .....</b>	<b>6</b>
1.1 Consommation d'alcool.....	7
1.2 Consommation de drogues illicites.....	8
1.3 Directives de consommation d'alcool à faible risque au Canada.....	10
1.4 Consommation d'alcool à risque .....	11
1.5 TUS .....	14
1.5.1 TUS-Alcool.....	19
1.5.2 TUS-Drogues illicites.....	20
1.6 Usage non médical des médicaments délivrés sur ordonnance et nouvelles substances.....	22
1.7 Phénomène de polyconsommation et des fêtes techno ou <i>raves</i> .....	23
1.7.1 Polyconsommation.....	23
1.7.2 Phénomène des fêtes techno ou <i>raves</i> .....	25
1.8 Facteurs de risque et de protection pour les TUS.....	27
<b>2. MÉFAITS ET COÛTS SOCIAUX LIÉS À L'USAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES (SPA) .....</b>	<b>31</b>
2.1 Morbidité et mortalité liées à l'usage de SPA dans le monde.....	32
2.2 Méfaits, morbidité et mortalité liés à l'usage de SPA au Canada et au Québec.....	33
2.3 Coûts sociaux de l'usage de SPA au Canada et ailleurs .....	35
<b>3. DES PERSONNES AUX PRISES AVEC UN TUS ET AYANT DES BESOINS SPÉCIFIQUES .....</b>	<b>37</b>
3.1 Troubles concomitants.....	37
3.2 TUS et santé mentale .....	37
3.3 TUS et santé physique .....	47
3.4 TUS ayant un profil transitoire ou chronique.....	48

## IV

### LES TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Prévalence, utilisation  
des services et  
bonnes pratiques

<b>4. UTILISATION DES SERVICES POUR LES TUS ET PERSÉVÉRANCE AU TRAITEMENT</b> .....	<b>57</b>
4.1 Historique du programme-services Dépendances au Québec : du modèle moraliste au modèle biopsychosociale.....	57
4.2 Principaux dispensateurs du programme-services Dépendances.....	59
4.3 Portrait de l'utilisation des services pour les personnes ayant un TUS....	62
4.4 Déterminants de l'utilisation des services.....	63
4.1.1 Facteurs prédisposants .....	65
4.1.2 Facteurs facilitants.....	67
4.1.3 Facteurs de besoins.....	67
4.5 Persévérance en traitement .....	68
<b>5. EFFICACITÉ DES TRAITEMENTS ET BONNES PRATIQUES</b> .....	<b>72</b>
5.1 Rétablissement.....	72
5.2 Efficacité des traitements.....	75
5.3 Bonnes pratiques .....	76
5.3.1 Dépendance : approches, thérapies, stratégies, programmes ou modèles.....	80
<b>5.3.1.1 Approches cliniques</b> .....	<b>80</b>
Approche biopsychosociale .....	80
Approche systémique .....	80
Approche du rétablissement ( <i>Recovery</i> ).....	81
Approche axée sur les forces.....	81
Approche de réduction des méfaits .....	82
Approche par étapes ( <i>Stepped-Care</i> ).....	85
Modèles de traitement basés sur l'approche des 12 étapes.....	86
<b>5.3.1.2 Thérapies psychosociales et traitement pharmacologique</b> .....	<b>88</b>
Thérapies cognitives-comportementales.....	88
Approche de renforcement par la communauté.....	89
Prévention de la rechute.....	90
Approches motivationnelles.....	91
Entretien motivationnel.....	91
<i>Motivational Enhancement Therapy</i> .....	93
<i>Supportive-Expressive Psychotherapy</i> .....	93
Traitements pharmacologiques.....	94

## V

### LES TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Prévalence, utilisation des services et bonnes pratiques

Modèles incluant les membres de l'entourage.....	96
Thérapie conjugale comportementale.....	96
Interventions pour amener un membre à changer : « L'intervention » et le « <i>Community Reinforcement     Approach and Family Training</i> » .....	97
<b>5.3.1.3 Stratégies organisationnelles et cliniques .....</b>	<b>99</b>
Stratégies pour mieux joindre, orienter et faciliter l'accès au traitement.....	99
Équipes de liaison à l'urgence hospitalière.....	99
Travail de rue .....	100
Mécanismes d'accès jeunesse en toxicomanie (MAJT).....	101
Tribunaux de traitement de la toxicomanie : programme de traitement de la toxicomanie de la Cour du Québec (PTTCQ).....	103
Stratégies pour mieux outiller la pratique clinique.....	104
Protocole d'intervention .....	104
Guides de pratique.....	105
Plan de services individualisé (PSI) et plan d'intervention (PI) .....	105
<b>5.3.1.4 Modalités d'intervention et modèles .....</b>	<b>107</b>
Soins primaires : détection, intervention brève et orientation vers des services spécialisés ( <i>Screening, Brief intervention     and Referral to Treatment</i> ).....	107
Suivi intensif (SI) dans le milieu/communauté (SIM) ( <i>Assertive Community Treatment</i> ).....	109
Gestion de cas ( <i>Case Management</i> ) .....	110
Soutien à l'emploi .....	113
Pair aidant .....	115
Programmes d'intervention et d'appui aux familles (PIAF) et programme 6-12 ans .....	117
Programme « Logement d'abord » (Chez soi ; <i>Housing First</i> ).....	118
<b>5.3.2 À la croisée des chemins entre la dépendance et la santé mentale.....</b>	<b>121</b>
Modèle du « quadrant » et traitement séquentiel, parallèle ou intégré de santé mentale et de dépendance .....	121
<i>Seeking Safety</i> .....	124
Formations croisées.....	124
Réseaux intégrés de services.....	126
Modèle des soins chroniques.....	127

## VI

### LES TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Prévalence, utilisation  
des services et  
bonnes pratiques

5.3.3 Santé mentale : approches cliniques, stratégies et modèles .....	129
Approche de soins centrés sur les usagers ( <i>Patient-Centered Medical Home Approach</i> ).....	129
Soutien à l'autogestion des soins ( <i>Training in Illness Self-Management</i> ) .....	131
Soutien à intensité variable (SIV) ( <i>Intensive Case Management</i> ) .....	132
Suivi systématique.....	133
Soins partagés ou de collaboration ( <i>Shared-Care</i> ).....	134
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>136</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>140</b>
Annexe 1	
SPA : dépresseurs, stimulants, perturbateurs .....	141
Annexe 2	
Prévalence de consommation abusive d'alcool et prévalence de TUS-drogues.....	147
Annexe 3	
Taux d'admissions aux services en dépendance aux États-Unis selon le nombre d'épisodes de traitement précédents et SPA primaire.....	149
Annexe 4	
Quelques études de cohorte dans le domaine de la dépendance .....	152
<b>RÉFÉRENCES</b> .....	<b>164</b>

## VII

### LES TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Prévalence, utilisation  
des services et  
bonnes pratiques

# LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES SIGLES

AA	Alcooliques Anonymes
AAP	Association américaine de psychiatrie
ACRDQ	Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec
AITQ	Association des intervenants en toxicomanie du Québec
AQCID	Association québécoise des centres d'intervention en dépendance
ASAM	American Society of Addiction Medicine
CCLT	Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (antérieurement : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies - CCLAT)
CIM-10	Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10 <sup>e</sup> révision
CLSC	Centre local de services communautaires
CMFC	Collège des médecins de famille du Canada
CRA	Community Reinforcement Approach
CRAFT	Community Reinforcement Approach and Family Training
CRD	Centre de réadaptation en dépendance
CRDM-IU	CRD de Montréal - Institut universitaire
CRD-DMQ	CRD Domrémy-de-la Mauricie – Centre-du-Québec
CSAT	Center for Substance Abuse Treatment
CSIP	Care Services Improvement Partnership
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DATOS	Drug-Abuse Treatment Outcomes Study
DCFR	Directives de consommation à faible risque
DEP-ADO	Grille de dépistage de la consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents
DSM-IV	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, quatrième édition
DSM-5	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième édition



ECA	Epidemiology Catchment Area
EM	Entretien motivationnel
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
ESCCAD	Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues
ÉSPT	État de stress post-traumatique
FQCRPAT	Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes (maintenant : ACRDQ)
GAIN	Global Appraisal of Individual Needs
IB	Intervention brève
IGT	Indice de gravité d'une toxicomanie
INESSS	Institut national d'excellence en santé et services sociaux
IPS	Individual Placement and Support
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
MAJT	Mécanismes d'accès jeunesse en toxicomanie
MATCH	Matching Alcoholism Treatment to Client Heterogeneity
MET	Motivational Enhancement Therapy
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NA	Narcotiques Anonymes
NCS	National Comorbidity Survey
NESARC	National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions
NIDA	National Institute on Drug Abuse
NTORS	National Treatment Outcome Research Study
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONDCP	Office of National Drug Control Policy
ONUDC	Office des Nations Unies contre la drogue et le crime
OR	Odds ratio ou rapport des cotes
PI	Plan d'intervention
PIB	Produit intérieur brut
PR	Prévention de la rechute
PSI	Plan de services individualisés

## 2

### LES TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Prévalence, utilisation  
des services et  
bonnes pratiques

<b>PTTCQ</b>	Programme de traitement de la toxicomanie de la Cour du Québec
<b>RISQ</b>	Recherche et intervention sur les substances psychoactives-Québec
<b>SAMHSA</b>	Substance Abuse and Mental Health Services Administration
<b>SBIRT</b>	Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment
<b>SE</b>	Supportive-Expressive Psychotherapy
<b>SI</b>	Suivi intensif
<b>SIDA</b>	Syndrome d'immunodéficience acquise
<b>SIM</b>	Suivi intensif dans le milieu
<b>SIS</b>	Service d'injection supervisée
<b>SIV</b>	Suivi d'intensité variable
<b>SPA</b>	Substance psychoactive
<b>SS</b>	Seeking Safety
<b>TCC</b>	Thérapie cognitive-comportementale
<b>TOPS</b>	Treatment Outcome Prospective Study
<b>TSF</b>	Twelve-Step Facilitation Therapy
<b>TUS</b>	Trouble liés à l'utilisation de substances psychoactives
<b>TUS-alcool</b>	Trouble liés à l'utilisation d'alcool
<b>TUS-drogues</b>	Trouble liés à l'utilisation de drogues illicites
<b>UDI</b>	Utilisateurs de drogues par injection
<b>UKATT</b>	United Kingdom Alcohol Treatment Trial
<b>VHC</b>	Virus de l'hépatite C
<b>VIH</b>	Virus de l'immunodéficience humaine

### 3

#### LES TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Prévalence, utilisation  
des services et  
bonnes pratiques

# INTRODUCTION

Le présent rapport de recherche se veut un outil contribuant à l'étude de différents thèmes jugés importants pour mieux comprendre le phénomène des troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives (TUS)<sup>i</sup>, et ce en complément à plusieurs synthèses de connaissance déjà effectuées au Québec sur des problématiques connexes. Particulièrement, les thèmes suivants ont été retenus afin de broser un portrait des TUS : prévalence et méfaits qui leur sont associés, utilisation des services pour raison de TUS et identification de plusieurs « bonnes pratiques » visant à contribuer au rétablissement<sup>ii</sup> des personnes aux prises avec des TUS. Ce cahier de recherche tient compte de l'évolution du programme-services Dépendances et des spécificités propres au Québec, de même qu'introduit le lecteur à certains défis qui entourent la clinique et la recherche dans le domaine. Il s'intéresse cependant surtout aux adultes aux prises avec des TUS et très peu à certains usagers particuliers (ex. autochtones, personnes incarcérées, femmes enceintes aux prises avec des TUS). Il ne présente *qu'un survol de la littérature internationale, canadienne et québécoise – aucune revue systématique des connaissances n'ayant été effectuée* sur l'un ou l'autre des sujets à l'étude. Par contre, ce rapport de recherche intègre une importante bibliographie, qui permettra aux lecteurs d'approfondir plusieurs thèmes si tel est leur besoin, et ce en se référant aux articles ou rapports suggérés tout au long du document. Produit par le Centre de réadaptation en dépendance de Montréal - Institut universitaire (CRDM-IU), nous espérons que ce document sera utile pour les intervenants, gestionnaires, étudiants et chercheurs qui souhaitent davantage se familiariser avec les TUS.

Ce rapport est structuré autour de cinq sections principales. Les substances psychoactives (SPA) et les TUS seront définis dans la **première section**. Nous y examinerons aussi la prévalence de la consommation des SPA sur un continuum de consommation, soit d'une consommation d'alcool à faible risque et à risque aux TUS-alcool et drogues dans le monde, au Canada et au Québec, selon le sexe et l'âge lorsque pertinent. Nous présenterons les déterminants des TUS, et discuterons de l'accroissement de l'usage non médical des médicaments sur ordonnance ainsi que du phénomène de la polyconsommation et des soirées techno ou *raves*. La

## 4

### LES TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Prévalence, utilisation  
des services et  
bonnes pratiques

<sup>i</sup> Le terme troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives ou TUS englobe dans le présent document 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, et ce indépendamment du système de classification ou instrument utilisé dans les études rapportées dans ce cahier de recherche.

<sup>ii</sup> Comme nous le verrons en section 5.1 de ce document, la notion de rétablissement (recovery) fait référence au fait de surmonter tant la dépendance physique que psychologique à une SPA tout en s'engageant sur la voie de la sobriété (abstinence) ou plus largement au processus de changement par lequel les individus améliorent leur santé et bien-être, prennent en main leur propre vie et s'efforcent d'atteindre leur plein potentiel.

**deuxième section** traitera des méfaits et des coûts sociaux liés à l'abus de SPA à l'échelle mondiale et nationale, afin d'établir l'importance d'intervenir pour diminuer la consommation des SPA; tandis que la **troisième section** s'intéresse à deux groupes de personnes aux prises avec un TUS et ayant des besoins particuliers : d'une part, ceux qui présentent un TUS combiné avec un trouble de santé mentale ou bien un TUS avec un problème physique et, d'autre part, ceux qui ont un profil de TUS chronique par opposition à un profil transitoire ou aiguë. Les spécificités de ces groupes et des données de prévalence sont exposées de même qu'une introduction aux défis associés à leur prise en charge. La **quatrième section** s'intéressera à l'utilisation des services pour raison de TUS et à ses déterminants, basé sur le modèle comportemental d'Andersen, considéré comme le plus élaboré et complet pour analyser les déterminants de la santé. D'abord, un bref portrait de l'organisation actuelle des services reliés au programme-services en dépendance au Québec sera effectué, tenant compte de son évolution. D'autre part, ce chapitre traitera des déterminants de la persistance en traitement ou de l'abandon ainsi que des stratégies pour améliorer la persévérance. La **cinquième section** sera consacrée au rétablissement et aux « bonnes pratiques » ou pratiques basées sur des données probantes. Nous mettrons en relief les programmes implantés ainsi que les stratégies cliniques et organisationnelles qui peuvent contribuer à l'optimisation des services ou à une meilleure adéquation des services offerts aux besoins des usagers<sup>iii</sup>. Différentes approches, thérapies psychosociales et traitements pour le programme-services Dépendances<sup>iv</sup>, jugés efficaces ou prometteurs pour les adultes seront d'abord présentés, guidés essentiellement par la recension réalisée par Desrosiers et collègues<sup>2</sup>, de même que les programmes implantés et les stratégies mises en œuvre dans ce domaine. Dans un deuxième temps, les bonnes pratiques déployées ou qui ont un potentiel d'implantation (pratiques donc novatrices) tant pour les programmes-services Dépendances que de la Santé mentale seront présentées. On complètera cette section en présentant un portrait des approches cliniques, stratégies et modèles qui ont été plus exclusivement utilisés par le secteur de la santé mentale, dans le but de contribuer à la réflexion et à l'amélioration potentielle des services offerts aux usagers aux prises avec un TUS. Cette section reprend en grande partie des extraits tirés du rapport de Fleury et Grenier (2012)<sup>3</sup>, rédigé pour le compte du Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE), avec l'autorisation des auteurs.

## 5

### LES TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Prévalence, utilisation  
des services et  
bonnes pratiques

<sup>iii</sup> Le mot « usager » sera utilisé prioritairement afin d'assurer une concordance du vocabulaire tout au long du document. Si ce terme est plus fréquemment utilisé dans le réseau des services sociaux au Québec, le mot patient est plus utilisé dans le milieu plus médical.

<sup>iv</sup> « Le programme-services Dépendances regroupe les services destinés aux personnes qui ont des comportements à risque au regard de la consommation de psychotropes ou des jeux de hasard et d'argent ou qui présentent des problèmes d'abus ou de dépendance. Ce programme comprend aussi des services destinés aux familles et aux proches des personnes dépendantes. Le but du programme est de prévenir, réduire et traiter les problèmes de dépendance par le déploiement et la consolidation d'une gamme de services sur l'ensemble du territoire québécois » (p. 13-14)<sup>1</sup>.

# CONTINUUM DE CONSOMMATION : DE LA CONSOMMATION À FAIBLE RISQUE AUX TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES (TUS)

Une **substance psychoactive** (SPA)<sup>v</sup> ou psychotrope est un produit naturel ou synthétique qui agit principalement sur l'état du système nerveux central en y modifiant certains processus biochimiques et physiologiques cérébraux<sup>4</sup>. En altérant de la sorte les fonctions du cerveau, une SPA peut induire des modifications de la perception, des sensations, de l'humeur, de la conscience ou d'autres fonctions psychologiques et comportementales<sup>5,6</sup>.

Les différents effets pharmacologiques des SPA permettent de distinguer trois grandes catégories : les stimulants qui, par leur action sur le système nerveux central, produisent une accélération des processus normaux de l'organisme (cocaïne, amphétamines, café, tabac, boissons énergisantes, etc.), les perturbateurs ou hallucinogènes qui altèrent la perception et le jugement (cannabis, LSD, etc.) et les dépresseurs qui entraînent une sensation de détente et une perte d'inhibitions (alcool, héroïne, plusieurs médicaments dont les tranquillisants, somnifères, analgésiques, etc.)<sup>7</sup> (Annexe 1).

Selon le statut légal, les SPA peuvent être des substances licites (en vente libre, disponibles avec restriction ou sur ordonnance médicale) ou illicites, ces dernières interdites par la loi qu'il s'agisse de leur production, circulation, possession ou consommation<sup>7</sup>.

La consommation de SPA peut se situer sur un continuum allant de la consommation à faible risque aux troubles liés à l'utilisation de SPA (TUS)<sup>vi</sup>, soit l'abus ou la dépendance, et le cheminement d'une personne peut évoluer dans l'une ou l'autre direction. Afin de tenir compte de ce continuum, cette section présente d'abord les prévalences de consommation de SPA, les directives de consommation à faible risque pour l'alcool ainsi que les prévalences de consommation à risque pour l'alcool, pour enfin présenter un portrait de l'ampleur des TUS-alcool et drogues, en tentant compte aussi des variations selon les régions, le sexe et l'âge.

<sup>v</sup> Dans ce document, le terme SPA fera principalement référence à l'alcool et aux substances illicites (drogues).

<sup>vi</sup> Dans ce document le terme « Troubles liés à l'utilisation de substances » ou TUS fait référence à la présence d'un diagnostic d'abus ou de dépendance (DSM-IV) aux SPA ou d'un syndrome de dépendance et utilisation nocive (CIM-10) ou bien à un diagnostic probable de ces derniers, et ce indépendamment du système de classification ou instrument utilisé dans les études rapportées dans ce cahier de recherche – tel que déjà indiqué à la note i en bas de page.

## Consommation d'alcool

L'alcool est la SPA la plus consommée dans le monde. Le degré de consommation générale le plus élevé est enregistré dans la région de l'Europe et l'Asie centrale, puis celle des Amériques. Même si de façon globale, les pays riches présentent plus de buveurs d'alcool, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) note, depuis le début des années 1990, une forte augmentation de sa consommation dans les pays en voie de développement de l'Asie et l'Afrique, mais une stabilité dans les pays développés. Globalement, malgré une consommation mondiale très large estimée en 2005 à 6,13 litres d'alcool pur par habitant de plus de 15 ans, une importante part de la population adulte ne boit pas<sup>8</sup>. Ainsi, à l'échelle mondiale, 45 % de la population n'a jamais consommé d'alcool dans sa vie, tandis que 13,1 % se sont abstenus durant la dernière année<sup>9</sup>.

La consommation d'alcool est très répandue dans la population canadienne, en particulier chez les Québécois. Selon un sondage réalisé en 2012 par l'Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues (ESCCAD), la prévalence de consommation d'alcool au cours de la vie est passée de 92,8 à 91,0 % chez les Canadiens âgés de 15 ans et plus, significativement en baisse par rapport à 2004. Pour ce qui est de la prévalence au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête, elle est passée de 79,3 à 78,4 % pour la même période. En 2012, le Québec affichait des taux de consommation d'alcool au cours de la vie (92,8 %) et au cours des 12 derniers mois (82,1 %) plus élevés que la prévalence moyenne des neuf autres provinces (91 % et 78,4 % respectivement), et le Québec occupait donc le 2<sup>e</sup> et le 1<sup>er</sup> rang en termes de taux le plus élevé de consommation d'alcool<sup>10</sup>.

**Différences selon le sexe et l'âge.** Par rapport aux femmes, la consommation d'alcool serait plus répandue chez les hommes, et ce tant dans le monde (55 % d'hommes contre 34 % de femmes) qu'au Canada selon les observations de l'OMS<sup>11</sup>. L'ESCCAD constatait en 2012 la même tendance que par les années passées, soit une proportion plus importante d'hommes que de femmes canadiennes qui ont déclaré avoir consommé de l'alcool au cours de leur vie (92,9 % par rapport à 89,3 %) et au cours des 12 derniers mois (82,7 % par rapport à 74,4 %). Par ailleurs, il y a eu une baisse de la consommation d'alcool chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans dans l'année précédant l'enquête et par rapport à 2004 (82,9 % en 2004 par rapport à 70,0 % en 2012); la prévalence de la consommation d'alcool était plus élevée en 2012 chez les adultes de 25 ans et plus que chez les jeunes de 15 à 24 ans tant au cours de leur vie (93,1 % par rapport à 79,5 %) qu'au cours des 12 derniers mois (80 % par rapport à 70 %)<sup>10</sup>.

## Consommation de drogues illicites

Dans son rapport mondial sur les drogues de 2012, l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) estimait qu'entre 3,4 % et 6,6 % de la population mondiale âgée de 15 à 64 ans auraient consommé des SPA illicites au moins une fois au cours de l'année 2010 et la moitié de ceux-ci étaient considérés comme des usagers actuels (consommation au moins une fois pendant le mois ayant précédé l'évaluation). L'ONUDC signalait que le nombre total de personnes faisant un usage illicite de drogues avait augmenté depuis la fin des années 1990, mais les taux de prévalence s'étaient stabilisés autour des 5 % au cours de la dernière décennie. Toutefois, d'un point de vue géographique, l'usage de drogues continue de s'étendre en particulier dans les pays en transition et en développement<sup>12</sup>.

À l'échelle mondiale, le cannabis reste de loin la drogue illicite la plus largement consommée avec une prévalence d'usage annuel comprise entre 2,6 et 5 % en 2010. Viennent ensuite les stimulants de type amphétamine dont le taux de prévalence annuel se situerait entre 0,3 et 1,2 %; exception faite de l'ecstasy (entre 0,2 et 0,6 %). Par ailleurs, on estime que 0,6 à 0,8 % de la population mondiale âgée de 15 à 64 ans consomment des opioïdes (usage non médical d'opioïdes sur ordonnance principalement), tandis que la prévalence annuelle mondiale de la consommation de cocaïne était comprise entre 0,3 et 0,4 % et celle d'opiacés (opium et héroïne) entre 0,3 et 0,5 %<sup>12</sup>.

Pour ce qui est de la consommation de drogues au Canada et au Québec, le cannabis est également la SPA illicite la plus largement répandue. D'après les estimations de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC- Santé mentale, 2012), la prévalence de la consommation du cannabis chez les Canadiens de 15 ans et plus était de 42,5 % au cours de leur vie et de 12,2 % au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête, tandis que pour les autres drogues<sup>vii</sup>, le taux de consommation à vie et au cours des 12 derniers mois, était plutôt de 25,6 % et de 7,8 % respectivement. Au Québec, la prévalence de la consommation du cannabis était semblable à la moyenne canadienne, soit un taux de consommation de 43,3 % au cours de la vie et de 11,5 % au cours des 12 derniers mois, tandis que le taux de consommation d'autres drogues était de 22,4 % et de 6,4 % pour ces mêmes périodes<sup>13</sup>. L'ESCCAD rapportait en 2012 une prévalence de la consommation du cannabis au cours des 12 derniers mois de 10,2 % chez les Canadiens de 15 ans et plus, taux de consommation semblable à celui déclaré en 2011 (9,1 %), mais plus faible qu'en 2004 (14,1 %). Par contre la prévalence d'utilisation des drogues les plus fréquemment mentionnées après

### 8

#### LES TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Prévalence, utilisation  
des services et  
bonnes pratiques

<sup>vii</sup> Dans l'enquête ESCC- Santé mentale (2012) les « autres drogues » comprennent des substances telles que les drogues de club, l'héroïne, les solvants, d'autres drogues illicites ainsi que des sédatifs, des analgésiques ou des stimulants sous ordonnance consommés à des fins non médicales.

le cannabis, était estimée à environ 1 % au cours de la dernière année et pour chacune des drogues : soit 0,6 % pour l'ecstasy, 1,1 % pour les hallucinogènes (y compris la salvia) et 1,1 % pour le crack. La prévalence de consommation des amphétamines, de la méthamphétamine et de l'héroïne était trop bas pour être identifié<sup>10</sup>.

**Différences selon le sexe et l'âge.** L'usage de SPA illicites serait une activité particulièrement masculine, plus encore que la consommation d'alcool et le tabagisme, et plus fréquente chez les jeunes que dans les autres classes d'âge<sup>14</sup>. Au Canada par exemple, le taux de consommation à vie de drogues illicites (y compris le cannabis), estimé en 2010 par l'ESCCAD, était plus important chez les hommes Canadiens que chez les femmes tant pour la consommation au cours de leur vie (49,7 % versus 35,2 %) que pour la consommation au cours des 12 derniers mois (15,0 % versus 7,3 %). Une enquête plus récente de l'ESCC-Santé mentale (2012) rapportait un taux de consommation de cannabis de 49,4 % pour les hommes et de 35,8 % pour les femmes au cours de leur vie, et deux fois plus d'hommes (16,1 %) que de femmes (8,3 %) avaient consommé du cannabis au cours des 12 mois précédents l'enquête<sup>13</sup>.

Quant aux différences de consommation selon le groupe d'âge, l'ESCCAD (2010) a rapporté que la prévalence de la consommation de drogues était trois fois plus élevée chez les jeunes de 15 à 24 ans (25,9 %), que chez les adultes âgés de 25 ans et plus (8,1 %). Et en excluant le cannabis, le taux de consommation d'au moins une drogue chez les jeunes était près de neuf fois plus élevé que celui des adultes (7,0 % vs 0,8 %). L'enquête ESCC-Santé mentale (2012) a décelé une consommation de drogues (excluant le cannabis) près de deux fois plus importante chez les jeunes de 15 à 24 ans par rapport aux personnes âgées entre 25 ans et 64 ans, soit un taux de consommation de 10 % et de 5,8 % respectivement lors des 12 derniers mois, tandis que les taux à vie étaient plus semblables pour ces deux groupes (20,5 et 25,6 %). Le taux de consommation de cannabis chez les jeunes était semblable aux personnes plus âgées au cours de leur vie (44,8 % et 49,5 % respectivement) tandis que la consommation au cours des 12 derniers mois était 2,6 fois plus importante chez les jeunes de 24 et moins par rapport au groupe de personnes de 25 à 64 ans, soit de 29,2 % et de 11,1 % respectivement<sup>13</sup>.

## 9

### LES TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Prévalence, utilisation  
des services et  
bonnes pratiques



## Directives de consommation d'alcool à faible risque au Canada

En 2010, le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (CCLT)<sup>viii</sup> a créé et soutenu un groupe d'experts afin d'étudier les données probantes et proposer des « directives de consommation d'alcool à faible risque ». Ces directives ont été élaborées sur la base de plusieurs éléments contextuels : la constatation d'une augmentation de la consommation d'alcool par habitant de 14 % depuis 1996, une hétérogénéité des conseils donnés par les autorités d'une province canadienne à l'autre et une documentation scientifique de plus en plus abondante relativement aux bienfaits potentiels d'une faible consommation d'alcool. Enfin, les travaux du groupe d'experts s'inscrivaient en continuité avec les recommandations émises par le Groupe de travail concernant la stratégie nationale sur l'alcool parue en 2007<sup>15</sup>.

Approuvées par plusieurs organismes tels que le CCLT, le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) et Educ'alcool<sup>16</sup>, les directives de consommation d'alcool à faible risque visent à faciliter la prévention primaire, en désignant un nombre limité de consommations par occasion et par semaine pour diminuer le risque de blessures et des méfaits de même que les risques à long terme pour la santé<sup>17</sup>. De ce fait, les directives recommandent de ne pas boire plus de 2 verres standard par jour pour les femmes et 3 verres pour les hommes (**risque à court terme**), tandis qu'un maximum de 10 verres standard par semaine pour une femme et 15 pour les hommes (**risque à long terme**). Une **consommation standard** au Canada correspond à 13,45 g ou 17,05 ml d'éthanol, soit « une bouteille de 341 ml (environ 12 oz) de bière, de cidre ou de cooler à 5 %, à un verre de 142 ml (environ 5 oz) de vin à 12 % ou à une dose de 43 ml (environ 1,5 oz) de spiritueux à 40 % » (p. 9)<sup>15</sup>. Étant donné que cette consommation standard peut varier d'un pays à l'autre, Simoneau et collègues mentionnent qu'il faut interpréter les résultats ou les recommandations provenant d'autres pays avec prudence<sup>17</sup>.

Les directives canadiennes distinguent trois types de risques associés à l'alcool. Les situations ou circonstances particulièrement dangereuses où l'abstinence ou une consommation légère et occasionnelle est recommandée comme par exemple les femmes enceintes ou qui prévoient le devenir, les adolescents, les personnes qui prennent des médicaments qui réagissent avec l'alcool. En deuxième lieu, le risque accru à *court terme* de blessures ou de maladies aiguës attribuables à une surconsommation d'alcool en une seule occasion, voire un épisode de consommation élevée, telle que les conduites en état d'ébriété (l'alcool étant

<sup>viii</sup> Connu par le passé sous le nom de Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT).

responsable de près du tiers des décès reliés aux accidents de la route au Québec), les blessures et les traumatismes (ex. : chutes, se frapper ou être frappé par un objet), les comportements à risque (ex. : activités sexuelles non prévues et non protégées, omission du port du casque de sécurité), et le sommeil (ex. : diminution de la performance et de l'état d'éveil le lendemain de la consommation). Enfin, le risque accru à *long terme* de maladies graves attribuables à une consommation d'alcool s'étendant sur plusieurs années, voire une consommation répétée ou chronique. Les risques associés à un tel mode de consommation peuvent compromettre le foie (ex. : hépatite alcoolique, cirrhose) et les autres organes du système digestif (ex. : ulcères gastro-intestinaux, gastrites), le système nerveux (ex. : déficits cognitifs tels que la perturbation de la mémoire et de l'apprentissage, accident cérébral-vasculaire), le système sanguin (ex. : anémie, diminution des plaquettes sanguines et risque accru des hémorragies), le système reproducteur (ex. : diminution de la libido, de la fertilité) et certains cancers (ex. : de l'œsophage). Une faible consommation d'alcool serait néanmoins bénéfique pour la santé, car elle diminue le risque de maladie et de décès prématurés causés notamment par une cardiopathie ischémique, un accident ischémique cérébral et le diabète. Ces effets optimaux de l'alcool s'obtiendraient avec une consommation quotidienne moyenne d'un demi à un verre standard par jour<sup>15, 17</sup>. On a estimé que si ces directives de consommation à faible risque étaient appliquées par les Canadiens qui boivent de l'alcool, le nombre de décès liés aux SPA diminuerait d'environ 4600 par année<sup>15</sup>.

## 1.4 Consommation d'alcool à risque

Au-dessus des seuils recommandés par les Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada, on considère que la consommation est dangereuse, car une telle fréquence de consommation serait associée à une augmentation importante du risque de méfaits liés à l'alcool<sup>15, 18</sup>.

L'ESCCAD dresse un portrait de cette consommation à risque. En 2011, parmi les personnes de 15 ans et plus qui ont consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois, 13,1 % ont dépassé les limites des directives concernant les effets d'une consommation aiguë et 18,7 % ont dépassé les limites concernant les effets à long terme ou chroniques<sup>19</sup>.

Selon les données de l'ESCC 2013, enquête qui a modifié la définition de consommation abusive à compter de 2013 de manière à assurer la conformité avec les directives canadiennes, environ 18,9 % des canadiens âgés de 12 ans et plus et 20,8 % des Québécois âgés de 12 ans et plus ont eu une consommation à risque d'alcool (5 verres ou plus : hommes; 4 verres ou plus : femmes) au moins

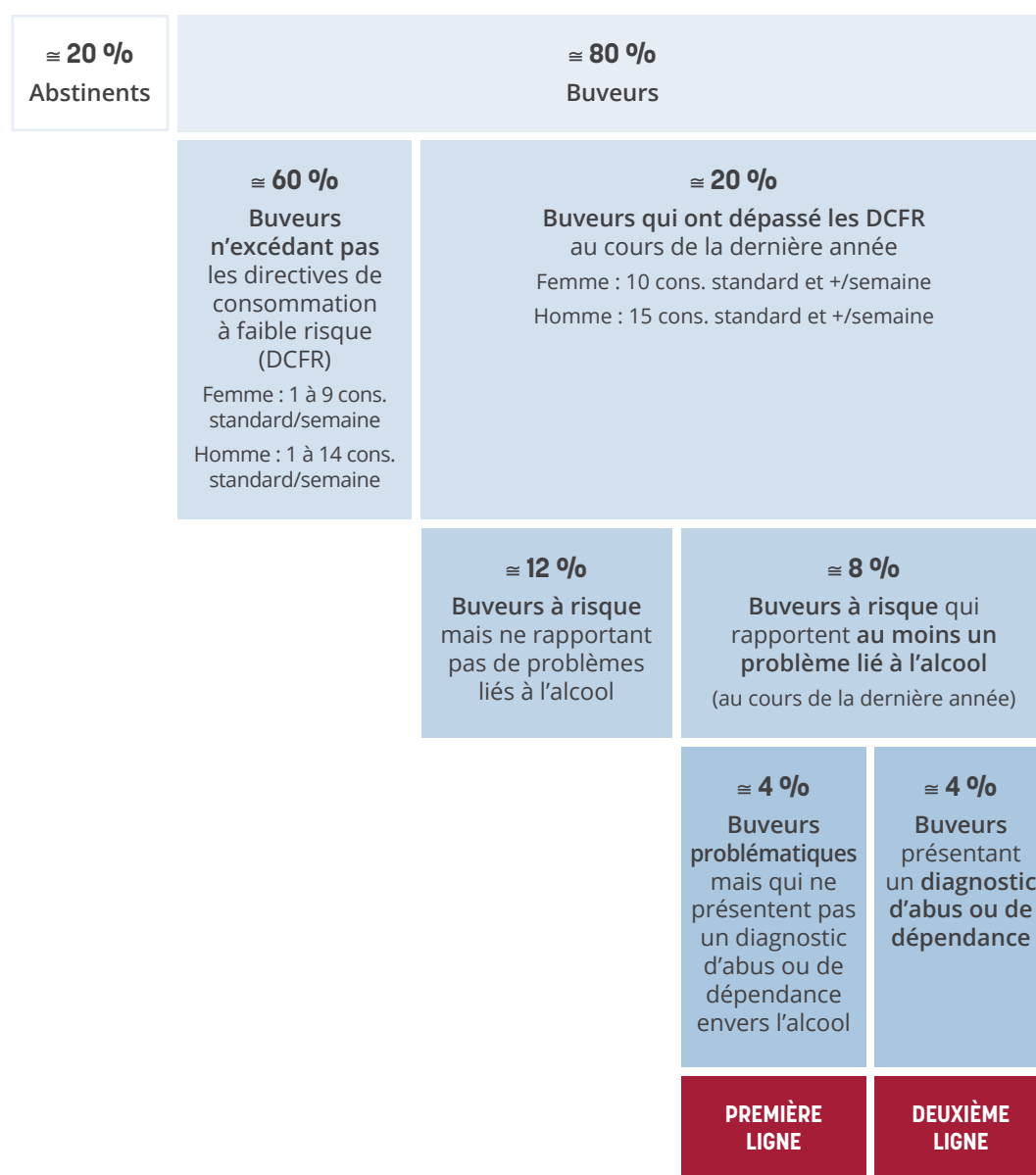
### 11

#### LES TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Prévalence, utilisation  
des services et  
bonnes pratiques

une fois par mois au cours de la dernière année de l'enquête<sup>20</sup>. Ces données corroborent celles citées par Tremblay et collègues (Single et coll., 1999), soit qu'environ 20 % des buveurs québécois ont dépassé les directives de consommation d'alcool à faible risque (Figure 1)<sup>21</sup>. Par ailleurs, si environ 12 % ne rapportent pas avoir eu de conséquences liées à cette consommation (amis/vie sociale, santé physique, bien-être, vie familiale/vie conjugale, travail/études), environ 8 % ont pour autant rapporté au moins un problème lié à cette consommation (Single et coll., 1999; cité par Tremblay et coll., 2004)<sup>21</sup>.

**FIGURE 1. Répartition approximative de la population québécoise en fonction des catégories de consommateurs d'alcool**



Comme dans les enquêtes ESCC faites avant 2013, les questions portant sur la consommation de boissons alcoolisées ne reflétaient pas les Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada, afin de mieux pouvoir interpréter les données de l'ESCC, Thomas et collègues avaient ainsi proposé de différencier trois types de profils selon une estimation du risque : les consommateurs à risque faible (ne prennent jamais cinq verres ou plus par occasion), les consommateurs à risque modéré (ont pris cinq verres ou plus, à une seule occasion au cours de l'année précédente ou jusqu'à trois fois par mois) et les consommateurs à risque élevé (boivent cinq verres ou plus par occasion, toutes les semaines ou plus souvent lors de l'année précédent)<sup>18</sup>. Si on tient donc compte des profils proposés par Thomas et collègues, environ 41 % des buveurs canadiens sont considérés en 2010 comme des consommateurs « à risque modéré » et la prévalence de buveurs « à risque élevé » s'établit à 8,5 % pour cette même année – selon les données de l'ESCC. Ces auteurs concluent que, d'après cette méthode d'évaluation du risque, la santé publique devrait cibler ses efforts visant la réduction de la consommation à risque d'alcool « auprès d'au moins la moitié de tous les consommateurs canadiens ». Il est important de considérer la répartition globale du risque lié à l'alcool en raison du paradoxe de la prévention, qui indique : « que la plus grande proportion des méfaits liés à l'alcool est attribuable au grand nombre de consommateurs à risque modéré qui ne prennent de l'alcool en quantité supérieure aux recommandations que de façon occasionnelle, et non aux consommateurs à risque élevé » (p. 20) (Rossow et Romelsjo, 2006; cité par Thomas et coll., 2012)<sup>22</sup>.

**Différences selon le sexe et l'âge.** Les données de l'ESCCAD indiquent que le pourcentage d'hommes dont la consommation d'alcool dépassait les limites d'une consommation à faible risque était en 2011 plus élevé de façon statistiquement significative par rapport aux femmes, et ce tant pour la directive concernant les risques d'effets aigus (16,6 % d'hommes et par 9,5 % de femmes) que pour la directive des risques d'effets chroniques (22,3 % d'hommes et 15,0 % de femmes). Concernant les deux groupes d'âge comparés lors de cette enquête, environ 18,1 % des jeunes buveurs âgés de 15 à 24 ans ont dépassé les limites de la directive concernant les risques aigus tandis que le pourcentage pour les adultes âgés de 25 ans ou plus était de 12,2 %, alors qu'il n'y avait pas de différence significative entre ces groupes sur le plan de la directive concernant les risques chroniques (21,1 et 18,3 % respectivement)<sup>19</sup>.

L'ESCC 2013 témoigne aussi d'une consommation abusive<sup>ix</sup> plus répandue chez les hommes canadiens que chez les femmes (24,5 % par rapport à 13,4 %). Même constat au Québec, où le taux de consommation abusive était de 25,8 % chez les

---

<sup>ix</sup> Par consommation abusive d'alcool (et non diagnostic d'abus), on entend ici les hommes qui ont déclaré avoir bu cinq verres ou plus d'alcool, ou les femmes ayant déclaré avoir bu quatre verres ou plus d'alcool, en une même occasion, au moins une fois par mois au cours de la dernière année.

hommes et de 15,8 % chez les femmes pour la même période (Tableaux 1 et 2). Les modes de consommation d'alcool varient selon l'âge, et le phénomène de la consommation abusive est particulièrement présent chez les jeunes adultes âgées de 20 à 34 ans. D'après l'ESCC 2013, la prévalence de la consommation abusive d'alcool était environ cinq fois plus élevée chez les Canadiens âgés de 20 à 34 ans par rapport aux adultes de 65 ans et plus; les taux étant respectivement de 32,1 % et 5,8 % chez ces deux groupes. Le pourcentage de consommateurs abusifs d'alcool chez les jeunes de 12 à 19 ans a été estimé à 12,4 %. Il atteint un sommet avec les 20-34 ans (32,1 %) et ce, autant chez les hommes (39,8 %) que chez les femmes (24,2 %), pour décroître ensuite progressivement avec l'âge<sup>20</sup>. Ce profil de consommation abusive selon l'âge est le même retrouvé dans la province du Québec. Selon l'ESCC 2013, avec un taux de 33,3 %, le groupe d'âge de 20 à 24 ans affichait également la plus grande proportion de personnes dont la consommation d'alcool était qualifiée d'abusives; un taux près de cinq fois supérieur à celui observé chez le groupe de 65 ans et plus (7,4 %), et environ deux fois supérieur au groupe de 12 à 19 ans (14,7 %). Le groupe de 45 à 64 ans affichait quant à lui un taux de 19,8 % (Annexe 2 - Tableaux 1 et 2)<sup>20</sup>.

## 1.5

## Troubles liés à l'utilisation de SPA (TUS)

### QUESTIONS DE LEXIQUE

Dans ce document le terme « **Troubles liés à l'utilisation de substances** » ou **TUS** fait référence à la présence d'un diagnostic d'abus ou de dépendance (DSM-IV) aux substances psychoactives (alcool et autres drogues) ou d'un syndrome de dépendance et utilisation nocive (CIM-10) ou bien à un diagnostic probable de ces derniers, et ce indépendamment du système de classification ou instrument utilisé dans les études rapportées dans ce cahier de recherche.

Il existe deux systèmes de classification pour les troubles mentaux reconnus au niveau mondial – le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV; DSM-5) récemment réalisé par l'Association américaine de psychiatrie (AAP) et la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10<sup>e</sup> révision (CIM-10; CIM-11 en développement) élaboré par l'OMS.

L'AAP définit le TUS comme « une maladie chronique du cerveau qui cause une consommation compulsive de SPA malgré les conséquences néfastes associées à une telle consommation »<sup>x, 23</sup>. Le DSM-IV distingue l'abus d'une substance de la dépendance à une substance<sup>24</sup>. Le **DSM-IV** décrit l'**abus de substance** comme

## 14

### LES TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Prévalence, utilisation  
des services et  
bonnes pratiques

<sup>x</sup> Traduction libre

un mode d'utilisation inadéquat d'une SPA conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois : 1) utilisation répétée d'une SPA conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison; 2) utilisation répétée d'une SPA dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (ex. : lors de la conduite d'une voiture); 3) problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une SPA; 4) utilisation de la SPA malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la SPA<sup>24, 25</sup>.

La **dépendance** à une SPA dans le DSM-IV se définit quant à elle comme un « mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative », caractérisé par la présence de trois (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois : 1) tolérance (c'est-à-dire besoin de quantités notablement plus fortes de la SPA pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré, et effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la SPA); 2) sevrage (c'est-à-dire syndrome de sevrage caractéristique de la SPA et prise de la même substance ou d'une SPA très proche pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage); 3) consommation de la SPA en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu; 4) désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la SPA; 5) beaucoup de temps est consacré à des activités nécessaires pour obtenir la SPA, utiliser la SPA ou récupérer de ses effets; 6) des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importants sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la SPA; 7) l'utilisation de la SPA est poursuivie bien que la personne sache qu'elle a un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la SPA<sup>24, 25</sup>.

Dans la toute récente version du DSM publiée en 2013 (**DSM-5**), les notions d'abus et de dépendance ont été abolies pour laisser place à une seule entité, soit l'expression **trouble lié à l'usage d'une substance (TUS)**, qui tient compte d'un continuum de sévérité allant de légère à sévère. Les critères n'ont pas seulement été combinés, mais également renforcés. En effet, le DSM-5 exige au moins deux symptômes sur une liste de onze critères pour diagnostiquer un TUS léger tandis que l'abus de SPA nécessitait dans sa version précédente la présence d'un seul symptôme. Par ailleurs, on indique que cette nouvelle version a ajouté le symptôme *craving*, ou désir irrésistible de consommer une certaine SPA, à la liste des critères et que les problèmes judiciaires ont été éliminés de la liste afin de tenir compte de considérations culturelles qui rendent les critères difficiles à appliquer à l'échelle internationale<sup>26</sup>.

Le TUS dans le DSM-5 se définit par l'existence au cours d'une période de 12 mois d'au moins deux des onze critères suivants : 1) incapacité de remplir des obligations importantes; 2) usage même à des effets néfastes sur la santé physique; 3) problèmes interpersonnels ou sociaux; 4) tolérance; 5) sevrage; 6) perte de contrôle sur les quantités et le temps passé à rechercher et à consommer la SPA; 7) désir ou efforts persistants pour diminuer; 8) beaucoup de temps y sont consacrés; 9) activités réduites au profit de la consommation; 10) persistance d'usage malgré un problème physique ou psychique; et 11) désir impérieux de consommer (*craving*). La sévérité se cote par tranche : la présence de 2-3 critères indique un trouble léger, la présence de 4-5 critères une sévérité modérée tandis qu'au-delà de 5 critères la problématique est considérée comme sévère<sup>27</sup>.

La CIM-10 version 2008 définit le **syndrome de dépendance** comme un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques survenant à la suite d'une consommation répétée d'une SPA, typiquement associés à un désir puissant de prendre de la drogue, à une difficulté à contrôler la consommation, à une poursuite de la consommation malgré des conséquences nocives, à un désinvestissement progressif des autres activités et obligations au profit de la consommation de cette drogue, à une tolérance accrue, et, parfois, à un syndrome de sevrage physique. L'**utilisation nocive** pour la santé est définie quant à elle comme un mode de consommation d'une SPA qui est nuisible à la santé. Les complications associées à cette utilisation nuisible peuvent être physiques (ex. : hépatite consécutive à une consommation de drogues par injection) ou psychiques (ex. : épisodes dépressifs à la suite d'une forte consommation d'alcool)<sup>28</sup>. Contrairement à l'orientation prise par l'APA dans sa plus récente version du DSM, le syndrome de dépendance et l'utilisation nocive pour la santé devraient néanmoins être conservés comme diagnostics dans la version 11 du CIM.

Le TUS a été plus récemment défini par l'**American Society of Addiction Medicine** (ASAM) comme suit : « *Addiction<sup>xi</sup> is a primary, chronic disease of brain reward, motivation, memory and related circuitry. Dysfunction in these circuits leads to characteristic biological, psychological, social and spiritual manifestations. This is reflected in an individual pathologically pursuing reward and/or relief by substance use and other behaviors* »<sup>29</sup>. Cette nouvelle définition fait état du caractère chronique de ce trouble, qui devrait en conséquence être « traité, géré et suivi tout au long de la vie ».

---

<sup>xi</sup> Le terme *addiction* inclut les TUS et le jeu problématique et pathologique. Ce terme semble plus employé dans la terminologie médicale. Il est particulièrement utilisé dans le DSM-5 : *Substance-Related and Addictive Disorders*. Plusieurs organismes canadiens et européens dans ce domaine utilisent aussi ce terme.

Downs et collègues (2013) considèrent que la définition de l'ASAM semble avoir été proposée en raison notamment de faibles taux de succès enregistrés par les programmes de traitement pour les TUS<sup>30</sup>. Ces auteurs mentionnent que les taux de rechute peuvent varier entre 40 et 60 % un an après le traitement, selon des données rapportées par des études américaines<sup>31</sup>, soit des taux similaires à ceux retrouvés pour d'autres maladies chroniques, dont 30 à 50 % pour le diabète type II et entre 50 à 70 % pour l'hypertension et pour l'asthme<sup>31</sup>. Ces résultats « décevants » confirment selon McLellan et collègues (2000) que les stratégies actuelles de traitement pour les TUS ont été conçues selon un modèle de maladie aiguë ou curable<sup>31</sup>. Ils considèrent que ce changement majeur de paradigme a des implications pour le traitement de ces troubles, pour l'évaluation de leur efficacité de même que, dans le contexte américain, des conséquences pour les régimes d'assurances.

Si pour les tenants d'un modèle plus médical de traitement, cette nouvelle définition proposée par l'ASAM était « nécessaire »<sup>30</sup>, et qu'elle a été adoptée par plusieurs organismes de renom dont la Société médicale canadienne sur l'addiction<sup>32</sup>, force est de constater qu'elle suscite une vague d'interrogations et même des inquiétudes un peu partout et qu'il n'y a pas donc de consensus mondial à son sujet. Outre le fait de souligner le caractère « fondamentalement multifactoriel » des TUS, les experts ayant émis des critiques ou des nuances vis-à-vis cette définition soulignent que la compréhension de ce phénomène ne peut pas être réduite « à un dysfonctionnement du cerveau ». Même si les derniers avancés de la neurobiologie et de l'imagerie cérébrale ont contribué à l'avancement des connaissances dans ce domaine, cette définition privilégie les aspects biologiques de la dépendance au détriment des contributions psychosociales<sup>33-35</sup>. Cunningham et collègues signalent d'ailleurs que le modèle proposé par l'ASAM se concentre sur les personnes en traitement (pour l'alcool) plutôt que de considérer le grand nombre de personnes dans la population générale qui répondent aux critères de TUS à un moment donné de leur vie. Pourtant, pour un grand pourcentage des personnes ce trouble ne se manifeste pas de façon récurrente et certaines d'entre elles réussissent à s'en sortir par elles-mêmes (sans intervention du système de soins). Pour certains, cette définition « très étroite » ne favorise ainsi pas la mise en place des stratégies populationnelles de lutte contre les TUS, y compris l'accessibilité, la disponibilité et la promotion des interventions brèves. Cunningham et collègues mentionnent également que dans le contexte clinique, l'adoption d'un tel modèle pourrait signifier le détournement de l'attention et des ressources auprès des personnes aux prises avec un trouble grave, pour lesquelles le traitement serait moins rentable, au détriment des usagers présentant un trouble plus modéré ou léger. Ils recommandent donc d'utiliser cette « étiquette de chronicité » avec prudence<sup>34</sup>.



Au Québec, le TUS est considéré comme un phénomène multidimensionnel, et l'approche biopsychosociale a été intégrée au réseau public de réadaptation depuis les années 70<sup>5</sup>. Cette définition de l'ASAM a également suscité des interrogations dans le secteur de la réadaptation du Québec. Elle marquerait, d'après Landry et Brochu, le retour d'un modèle médical « un peu trop exclusif » qui confère une primauté à la dimension neurobiologique dans l'explication des TUS<sup>35</sup>. De plus, restreindre la définition de ces troubles au caractère chronique impliquerait aussi, selon ces auteurs, de restreindre la compréhension du phénomène en adoptant un modèle de maladie irréversible.

Bien que le caractère chronique des TUS soit présent chez une certaine proportion des personnes, et particulièrement chez celles qui sont en traitement, les recherches ont permis de répertorier que la rémission sans aide ou traitement formel est possible, notamment chez les personnes aux prises avec un TUS-alcool. À titre d'exemple, Sobell et collègues (1996) ont examiné des données des enquêtes canadienne (n=11 634; 1989) et ontarienne (n=1034; 1993)<sup>36</sup>. Ils ont rapporté que la rémission sans aide ou traitement ou rémission spontanée<sup>xii</sup> chez des adultes ayant un TUS-alcool était d'environ 77 %, et ce pour au moins une période d'une année ou plus. Parmi ceux qui étaient en rémission (n=322 pour le Canada; n=70 pour l'Ontario), environ 62 et 37 % étaient abstinents dans l'enquête canadienne et ontarienne respectivement. Les auteurs qui ont étudié la rémission spontanée s'entendent néanmoins pour indiquer que le degré de sévérité de TUS rapporté dans des enquêtes est rarement semblable à celui généralement observé dans des populations cliniques<sup>36, 37</sup>. Plusieurs études ayant constaté que les usagers en traitement seraient souvent des personnes ayant au départ un TUS plus sévère (ex. : nombre d'années de consommation plus élevé, nombre des conséquences négatives plus importantes associées à leur consommation) et une plus grande prévalence de troubles mentaux associés par rapport aux personnes qui réussissent à s'en sortir sans aide ou traitement formel (Bischof et coll., 2000 et 2005; Blomqvist, 1999; Dawson et coll., 2005; Klingemann et Sobell, 2007; cité par Carballo et coll., 2008)<sup>37, 38</sup>.

D'autre part, ce modèle de « maladie irréversible » proposé par l'ASAM avait été déjà questionné dans les années 70, et avait été remplacé pour une conception du continuum de la consommation non problématique jusqu'à la dépendance. Enfin, Landry et Brochu soulignent le besoin d'amorcer dans le milieu une réflexion approfondie des enjeux associés à l'adoption d'une telle définition des TUS, et ceci tant du point de vue scientifique que de celui des orientations cliniques<sup>35</sup>.

---

<sup>xii</sup> Le phénomène de la rémission spontanée est davantage introduit dans la section 3 : TUS ayant un profil transitoire ou chronique.

À l'échelle mondiale, la prévalence ponctuelle (personne atteinte d'une affection à un moment donné) des TUS-alcool (utilisation nocive pour la santé et dépendance) chez l'adulte s'estimait à environ 1,7 % selon l'analyse de la charge mondiale de morbidité en 2000. Très faible dans certains pays du Moyen-Orient, elle dépassait 5 % en Amérique du Nord et dans certaines parties d'Europe orientale<sup>39</sup>.

L'enquête *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* (NESARC) réalisée en 2002-2003 aux États-Unis estimait que, selon les critères du DSM-IV, la prévalence du diagnostic d'abus d'alcool à vie était de 17,8 % et de 4,7 % au cours des 12 derniers mois; tandis que la prévalence du diagnostic de dépendance à l'alcool était de 12,5 % à vie et de 3,8 % pour les 12 derniers mois<sup>40, 41</sup>.

En 2002, l'ESCC estimait que 2,6 % des Canadiens âgés de 15 ans et plus présentaient des symptômes de dépendance à l'alcool, à un moment ou un autre durant les 12 mois précédents l'enquête<sup>42</sup>. Les études plus récentes de 2012 montrent qu'environ 18,1 % des Canadiens âgés de 15 ans et plus satisfaisaient aux critères associés à un TUS-alcool au cours de leur vie et 3,2 % au cours des 12 derniers mois<sup>25, 43, 44, xiii</sup>. Au Québec, en 2002, la prévalence de la dépendance à l'alcool a été estimée à 1,8 % durant une période de douze mois d'après des données de l'ESCC<sup>45, 46</sup>. En 2012, environ 13,3 % des québécois âgés de 15 ans et plus satisfaisaient aux critères de TUS-alcool à vie et 2,7 % à un TUS-alcool au cours des 12 mois précédents l'enquête<sup>13</sup>.

**Différences selon le sexe et l'âge.** Les hommes sont plus affectés par les TUS-alcool par rapport aux femmes, et ce phénomène s'observe aussi bien dans les données internationales que nationales. La prévalence sur 12 mois de l'abus et de la dépendance à l'alcool pour la population mondiale âgée de 15 à 64 ans a été estimée à 6,3 % chez les hommes contre 0,9 % seulement chez les femmes en 2004<sup>47</sup>, tandis que dans l'année 2000 la prévalence ponctuelle était de 2,8 % chez les hommes et de 0,5 % chez les femmes<sup>39</sup>.

Aux États-Unis, les taux de prévalence 2001-2002 d'abus et de dépendance à l'alcool sur 12 mois selon le DSM-IV au sein de sa population âgée de 18 ans et plus étaient significativement plus élevés chez les hommes (6,93 % pour l'abus et 5,42 % pour la dépendance) que chez les femmes (2,55 % pour l'abus et 2,32 % pour la dépendance)<sup>41</sup>.

<sup>xiii</sup> Il est toutefois important de noter que ces deux dernières statistiques ne sont pas comparables dans le temps ni pour le Canada ni pour le Québec; les méthodes d'estimations et les critères diagnostics ayant changé entre l'enquête de 2002 et celle de 2012. À titre d'exemple lors des deux enquêtes les troubles ont été mesurés selon les critères du *Composite International Diagnostic Interview 3.0* (CIDI) de l'OMS qui a fait l'objet de révisions après 2002.

Par ailleurs, au Canada environ 3,8 % des hommes et 1,3 % des femmes âgés de 15 ans et plus ont présenté en 2002 des symptômes de dépendance à l'alcool, à un moment ou un autre durant les 12 mois précédents l'enquête ESCC<sup>42</sup>. Au Québec, la dépendance à l'alcool a été estimée au cours de cette même année à 2,7 % chez les hommes contre 0,9 % chez les femmes<sup>45, 46</sup>. Des données plus récentes montrent également que par rapport aux femmes, les hommes canadiens de 15 ans et plus affichaient des taux plus élevés de TUS-alcool, au cours des 12 derniers mois de l'année 2012. Ainsi, environ 4,7 % des hommes et 1,7 % des femmes présentaient les critères associés à l'abus d'alcool ou de dépendance à l'alcool au cours de cette période<sup>43</sup>.

## 1.5.2

### TUS-Drogues illicites

Selon le récent rapport mondial sur les drogues de l'ONU DC publié en 2012, on estime que parmi les 5 % de la population adulte mondiale qui ont consommé une SPA illicite au moins une fois en 2010, entre 10 et 13 % présentaient une dépendance aux drogues et/ou des TUS-drogues<sup>12</sup>.

Il est intéressant de noter que selon le rapport de l'ONU DC, pour des données tirées en 2010, « les opioïdes sont le principal type de drogue donnant lieu à des demandes de traitement en Asie et en Europe, et sont aussi à l'origine d'une grande partie des demandes de traitement en Afrique, en Amérique du Nord et en Océanie » (p. 1). L'Amérique est concernée principalement par le traitement pour consommation de cocaïne et en Afrique c'est le cannabis qui suscite le plus grand nombre de demandes de traitement. Les demandes de traitement pour l'usage des stimulants de type amphétamine sont plus courantes en Asie<sup>12</sup>.

Aux États-Unis, la prévalence du diagnostic d'abus des drogues (critères du DSM-IV) pour la population générale était estimée à 1,37 % et celui du diagnostic de dépendance aux drogues était d'environ à 0,63 % durant les 12 mois précédents l'enquête NESARC (2001-2002)<sup>41</sup>. Au Canada, le taux de dépendance à une drogue était établi à 0,8 % (0,6 %-0,9 %) parmi les Canadiens âgés de 15 ans et plus au cours de l'année précédant l'enquête de l'ESCC de 2002. Tandis qu'au Québec, on estimait selon l'ESCC (2012) que 0,9 % (0,6 %-1,3 %) des Québécois seraient affectés par une dépendance à une drogue au cours de l'année précédant l'enquête<sup>48</sup>. Selon les dernières données de l'ESCC datant de 2012, le taux de TUS-drogues excluant le cannabis dans la population canadienne à domicile âgée de 15 ans et plus était de 4 % au cours de la vie et de 0,7 % au cours des 12 derniers mois. Celui d'abus de cannabis ou de dépendance au cannabis<sup>xiv</sup> était plus élevé, soit de 6,8 %

<sup>xiv</sup> C'est la première fois au Canada que l'on a déterminé un taux national d'abus de cannabis ou de dépendance au cannabis<sup>49</sup>.

au cours de la vie et de 1,3 % au cours des 12 derniers mois<sup>43</sup>. Au Québec, environ 4,3 % de la population satisfaisait aux critères pour un trouble lié à une drogue (excluant le cannabis) au cours de leur vie et 0,5 % au cours des 12 derniers mois, tandis que pour l'abus ou la dépendance au cannabis ces taux étaient de 6,4 % et de 0,5 % respectivement pour ces mêmes périodes.

**Différences selon le sexe et l'âge.** Même constat que pour l'alcool, l'enquête ESCC 2012 révèle que les TUS-drogues sont plus répandus chez les hommes, que la prévalence soit observée au cours des 12 derniers mois ou au cours de la vie. En effet, le taux de prévalence de TUS-drogues (excluant le cannabis) au cours de la vie était environ 2 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes de 15 ans et plus (5,1 % par rapport au 3 % au Canada; 5,8 % par rapport à 2,8 % au Québec) et de 0,9 % pour les hommes par rapport à 0,5 % pour les femmes au cours des 12 mois précédant l'enquête (ces taux se rapportaient à la population canadienne uniquement, les données de l'ESCC étant trop peu fiables pour être rapportées par sexe pour le Québec)<sup>13</sup>.

Toujours le même constat en ce qui concerne les TUS-cannabis, au cours de la vie, le taux de prévalence était 2 fois plus élevé pour les hommes au Canada (9,9 % pour les hommes par rapport à 3,9 % pour les femmes) comme au Québec (9,2 % pour les hommes par rapport à 3,8 % pour les femmes) (ESCC 2012). Sur les 12 mois précédents l'enquête, il est 3 fois plus élevé chez les canadiens que chez les canadiennes (respectivement 1,9 % et 0,7 %) et 2 fois plus important chez les hommes au Québec par rapport aux femmes (respectivement 2 % et 1 %)<sup>13</sup>.

Les TUS-cannabis sont particulièrement présents chez les jeunes de 15 à 24 ans par rapport à d'autres groupes d'âge d'après les données tirées de l'enquête ESCC 2012. La prévalence du TUS-cannabis à vie chez le groupe de 25 à 64 ans est d'environ la moitié (7,4 % au Canada et 6,7 % au Québec) du taux rapporté pour les jeunes de 15 à 24 ans (11 % au Canada et 12,2 % au Québec) tandis que ce trouble toucherait 1 % et moins du groupe de 65 ans et plus. Au cours des 12 derniers mois, environ 6 fois plus de jeunes de 15 à 24 ans satisfaisaient aux critères pour un TUS-cannabis que les personnes du groupe de 25 à 64 ans (soit un taux de 5,1 % et de 0,8 % respectivement pour le Canada). Bien que les taux de TUS-autres drogues (excluant le cannabis) soient plutôt semblables entre ces deux groupes au cours de leur vie (4,2 % pour les 15 à 24 ans par rapport à 4,7 % pour les 25 à 64 ans pour le Canada; et 4,7 % et 4,9 % respectivement pour le Québec), les jeunes affichent un taux 4 fois plus important que les 25 à 64 ans lorsque consultés pour les 12 derniers mois précédant l'enquête (2 % par rapport à 0,5 % pour le Canada respectivement; données trop peu fiables pour être rapportées pour le Québec) (Annexe 2, tableaux 3 et 4)<sup>13</sup>.

## Usage non médical des médicaments délivrés sur ordonnance et nouvelles substances

On ne dispose pas de chiffres mondiaux sur l'usage non médical de médicaments délivrés sur ordonnance, tels que les opioïdes synthétiques, les benzodiazépines ou les stimulants de synthèse, mais il semble néanmoins selon l'ONU DC que l'usage non médical de ces produits constitue « un problème sanitaire de plus en plus important dans un certain nombre de pays développés et en développement »<sup>12</sup>. Aux États-Unis par exemple, les taux de prévalence mensuelle, annuelle et au cours de la vie de l'usage non médical de médicaments psychothérapeutiques (principalement des antidouleurs) étaient respectivement de 2,7 %, de 6,3 % et de 20,4 % au sein de la population âgée de 12 ans et plus en 2010, c'est-à-dire plus élevés que les taux correspondants pour n'importe quelle drogue illicite à l'exception du cannabis<sup>12</sup>.

Et si la consommation de drogues illicites est en général beaucoup plus élevée chez les hommes que chez les femmes, l'ONU DC rapporte que l'usage non médical de tranquillisants et de sédatifs fait exception à la règle. L'utilisation non médicale de ces SPA est supérieure chez les femmes que chez les hommes, dans les pays où ces données sont disponibles (en Amérique du Sud, en Amérique centrale et en Europe), excédant le taux de prévalence annuelle pour l'usage du cannabis<sup>12</sup>. Ces SPA sont de plus en plus utilisées en association avec des SPA illicites plus traditionnelles (opioïdes, cannabis, etc.) afin d'en renforcer leurs effets ou au contraire de les neutraliser<sup>12</sup>. Par ailleurs, les sédatifs et les tranquillisants figurent parmi les types de SPA les plus fréquemment détournés<sup>50</sup>.

De nouvelles SPA synthétiques, pouvant reproduire l'effet des SPA placées sous contrôle et conçues précisément pour échapper au contrôle international, sont de plus en plus fréquemment consommées, détectées et signalées selon l'ONU DC. De nombreux pays dans toutes les régions, et en particulier en Europe, en Amérique du Nord et en Océanie, ont rapporté en 2010 que la consommation de telles SPA était une nouvelle tendance, et l'ONU DC soulignait que cette évolution sollicitait une « surveillance étroite ». Parmi les plus importants, l'ONU DC cite la 4-méthylméthcathinone (analogue de la méthcathinone connu également sous le nom de « méphédrome ») et la méthylènedioxypropylvalérone (MDPV), souvent vendues comme « sels de bains » ou « engrais » et utilisées comme substituts de stimulants placés sous contrôle comme la cocaïne ou l'ecstasy. De même, des dérivés de la pipérazine sont vendus comme substituts de l'ecstasy, et plusieurs cannabinoïdes synthétiques qui imitent les effets du cannabis, mais qui contiennent des produits non placés sous contrôle ont été détectés dans des mélanges d'herbes à fumer depuis 2008 et connus sous le nom de *spice*<sup>12</sup>.

D'après l'ESCCAD de 2011, 22,9 % de Canadiens âgés de 15 ans et plus ont affirmé avoir consommé un produit pharmaceutique psychoactif au cours de la dernière année. Les antidouleurs opioïdes étaient le plus consommés suivis des sédatifs ou tranquillisants et des stimulants, les taux étant respectivement de 16,7 %, 9,1 % et 0,9 %. De l'ensemble de ces consommateurs, 3,2 % (soit 0,7 % de la population totale) ont déclaré avoir fait usage de médicaments contre le rhume et antitussifs disponibles en vente libre pour des raisons non médicales, c'est-à-dire uniquement pour l'expérience ou l'effet que procurent ces produits, ou pour le *high*. La prévalence de l'usage non médical de dextrométhorpane, l'ingrédient actif qui se trouve dans ces médicaments, a été déclarée par 0,9 % d'hommes et 0,6 % de femmes. Une différence qui n'était pas statistiquement significative. L'abus chez les jeunes était cependant trop bas pour pouvoir être identifié<sup>51</sup>.

## 1.7

# Phénomène de polyconsommation et des fêtes techno ou *raves*

### 1.7.1

## Polyconsommation

La polyconsommation désigne en général un mode de consommation qui consiste à associer au moins deux SPA lors d'une même occasion, en même temps ou consécutivement, dans un but thérapeutique ou récréatif<sup>52</sup>. Cette pratique dans le domaine des dépendances ne relève pas d'un cadre médical (ex. médication combinée pour traiter une maladie ou prise de plusieurs médicaments pour traiter plusieurs maladies) et peut s'effectuer du fait d'une consommation simultanée de SPA (souvent illégales ou en combinaison avec des SPA légales et de médicaments sur prescription utilisés sans un but thérapeutique) ou d'un usage régulier de plusieurs SPA indépendamment les unes des autres<sup>52-54</sup>.

En général cet usage combiné des SPA cherche à renforcer ou amplifier leurs effets agréables ou en diminuer de même qu'à neutraliser leurs effets désagréables (ex. : anxiété ou somnolence)<sup>53,54</sup>. Outre les effets recherchés (ex. : euphorie, baisse des inhibitions, ivresse, sensation orgasmique ou *rush*, sensation de puissance, stimulation sensorielle ou physique, hallucinations), le choix de SPA à combiner peut souvent se dicter par la situation du marché noir, soit le prix, la disponibilité et la facilité à se procurer le produit<sup>54</sup>.

Le mélange de SPA peut provoquer non seulement des effets imprévisibles, mais aussi un risque d'intoxication accru avec des conséquences graves pour la santé ou même fatales<sup>54, 55</sup>. Il semble que les méfaits ou problèmes pouvant résulter d'une consommation de SPA risquent d'être plus nombreux lorsque le nombre de SPA consommées est plus grand (Zoccolillo et coll., 1999; cité par Gagnon, 2010)<sup>56</sup>.

## 23

### LES TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Prévalence, utilisation des services et bonnes pratiques

En France, lors du Baromètre santé 2000 sur la population générale française, 19 % des adultes âgés entre 18 et 44 ans déclaraient avoir consommé simultanément au moins deux SPA licites ou illicites en une même occasion. Dans 90 % des cas, il s'agissait d'alcool et de cannabis<sup>53</sup>. Le Monitoring suisse des addictions rapportait qu'en 2013 environ 9 % de la population suisse consommait au moins deux SPA en « quantité importante » (alcool : plus de 4 ou 5 verres pour les femmes et les hommes; tabac : usage quotidien; cannabis : consommation hebdomadaire lors des 30 derniers jours; autres drogues que le cannabis : une consommation au moins une fois lors des 12 derniers mois). Par exemple, parmi les 15-29 ans, la consommation élevée de cannabis est de 8 % pour les personnes qui ont une consommation d'alcool à risque par rapport à 2,0 % pour celles qui n'en présentent pas une, soit 4 fois plus; et la consommation élevée d'autres drogues que le cannabis passe de 1,4 % pour les personnes de ce groupe d'âge qui ne présentent pas une consommation d'alcool à risque à 5,8 % pour celles qui en présentent une. Cette enquête a observé que les 20 à 24 ans sont particulièrement exposés à l'usage multiple, et qu'à partir de 65 ans la consommation élevée de SPA multiples tend à diminuer<sup>57</sup>.

On estime que plusieurs personnes aux prises avec un TUS sont des polyconsommateurs<sup>54</sup>. Les résultats de l'*Epidemiology Catchment Area* (ECA), enquête réalisée aux États-Unis entre 1980 et 1985 et menée auprès de 20 861 adultes indiquaient que, parmi les personnes aux prises avec un TUS-alcool, 21,5 % avaient également un TUS-drogues au cours de leur vie. Inversement, parmi les personnes aux prises avec un TUS-drogues, 47,3 % avaient en parallèle un TUS-alcool au cours de leur vie<sup>58</sup>. Dans une étude américaine publiée en 2001 et menée auprès de 248 personnes alcooliques en recherche de traitement aux États-Unis, deux tiers (68 %) ont déclaré avoir utilisé d'autres drogues dans les 90 derniers jours, dont 33 % de la poudre de cocaïne, 29 % du crack, 24 % du cannabis et 15 % de l'héroïne<sup>59</sup>.

Selon l'étude américaine plus récente, le NESARC, réalisée entre 2001 et 2002 auprès de 43 093 répondants, parmi les Américains ayant un TUS-alcool (abus ou dépendance) au cours des 12 derniers mois, la prévalence d'un TUS-drogue était de 13,05 %. Inversement, parmi ceux aux prises avec un TUS-drogue, un peu plus de la moitié (55,17 %) avait aussi un TUS-alcool<sup>60</sup>.

L'enquête française multicentrique nationale OPPIDUM (Observation des produits psychotropes ou détournés de leur utilisation médicamenteuse), menée annuellement depuis 1995 auprès des usagers des structures spécialisées dans la prise en charge des TUS dans le but de recueillir des informations sur les modalités de consommation des SPA prises la semaine précédant l'enquête, rapportait qu'en

2005 près de 60 % des usagers interrogés avaient consommé au moins deux SPA, autre que l'alcool et le tabac, avec 2,1 SPA en moyenne (OPPIDUM and CEIP MARSEILLE, 2005; cité par Haute autorité de santé, 2007<sup>61</sup>).

Au Canada, les analyses de la cohorte du *Vancouver Injection Drug Use Study* (VIDUS) réalisées sur 572 utilisateurs de drogues par injection (UDI) âgés de 29 ans et moins recrutés entre 1996 et 2004 ont révélé que 10 % avaient fumé du crack quotidiennement, tandis que 45 %, 33 % et 14 % s'étaient quotidiennement injectés de l'héroïne, de la cocaïne, et du *speedball* (héroïne et cocaïne combinée) respectivement<sup>62</sup>. À Toronto en 1997, Fischer et collègues estimaient que parmi 114 utilisateurs réguliers d'opioïdes illicites, mais qui n'étaient pas en traitement, environ 80 % se sont administré de l'héroïne ou d'autres opiacés conjointement avec d'autres drogues dont 64 % ont utilisé du cannabis, 60 % des benzodiazépines, 58 % de la cocaïne, 33 % du crack et 13 % des barbituriques<sup>63</sup>. Plus récemment, une étude (OPICAN, *Illicit Opioid Users Outside Treatment In Five Cities Across Canada*) a été menée à travers cinq grandes villes du Canada sur 679 usagers réguliers d'opioïdes illicites recrutés entre mars et décembre 2002. Dans cet échantillon, dont 93,7 % étaient des UDI, les analyses de données révélèrent qu'au cours des 30 derniers jours, 70,5 % avaient combiné les opioïdes et les drogues non opioïdes, 67,2 % avaient consommé de l'héroïne; 54,6 % de la cocaïne et également 54,6 % du crack<sup>64</sup>.

## 1.7.2

### Phénomène des fêtes techno ou *raves*

Les fêtes techno ont émergé surtout depuis le milieu des années 1990. Elles sont considérées comme « un phénomène social très propice à la consommation de nouvelles drogues ou drogues de synthèse » (p. 3) en particulier, et ce phénomène a été constaté à l'échelle mondiale<sup>65, 66</sup>. L'usage de SPA lors de fêtes techno serait une activité menée essentiellement par des jeunes de la fin de l'adolescence à la trentaine comme une manière souvent d'améliorer l'expérience en lien avec la musique et la danse<sup>67</sup>. Les SPA sont aussi un « élément de socialisation » et leur usage (ou du moins la tolérance à leur usage) « peut aller de pair avec l'intégration à ce milieu » (p. 178)<sup>68</sup>.

La consommation importante de ces SPA serait réalisée avant, pendant et après des fêtes techno<sup>65</sup> et les études montrent d'ailleurs que la polyconsommation prédomine particulièrement chez les *ravers*<sup>66</sup>. Une étude a ainsi observé que parmi un échantillon de *ravers* australiens, environ 80 % ont rapporté être polyconsommateurs, alors qu'une autre écossaise avait trouvé une prévalence de 66 % (Lenton et coll., 1997; Riley et coll., 2001; cité par Barrett et coll., 2005)<sup>69</sup>.

25

LES TROUBLES  
LIÉS À L'UTILISATION  
DE SUBSTANCES  
PSYCHOACTIVES

Prévalence, utilisation  
des services et  
bonnes pratiques



Les chercheurs ayant examiné les populations de *ravers* estiment qu'il représentent une proportion importante des consommateurs de SPA illicites tant en termes de la quantité de SPA consommées comme de la variété de produits consommés<sup>66</sup>. Ces mêmes auteurs ont identifié une évolution à l'égard des produits consommés, où l'initiation aux SPA commencerait d'abord par la consommation d'alcool suivi de la nicotine pour ensuite expérimenter d'autres produits comme le cannabis, le LSD, la psilocybine, les amphétamines, la cocaïne, le MDMA, le GHA, l'éphédrine puis la kétamine<sup>66</sup>.

Si l'alcool, la nicotine et le cannabis sont souvent les SPA les plus consommées lors de ces soirées, les termes *rave* ou *party drug* font référence la plupart du temps aux *dance drugs*, soit des SPA psychostimulantes ou de type amphétamine<sup>67</sup>. L'amphétamine et le cannabis ont été identifiés par plusieurs études comme les SPA les plus fréquemment consommées par les *ravers*, mais d'autres SPA telles que le GHB et la kétamine montrent une popularité en croissance<sup>69</sup> et la MDMA (molécule de l'ecstasy) serait la SPA de prédilection<sup>70</sup>.

Parmi les risques associés aux fêtes techno, certains auteurs citent : la consommation d'un produit dont la composition et la pureté sont méconnues; le risque d'une escalade de consommation de SPA, de polyconsommation et de surdose; hyperthermie et effets toxiques dans le foie et d'autres organes; le risque des infections transmises par le sang lorsque le mode de consommation concerne la voie intraveineuse; les rapports sexuels à risque<sup>71</sup>.

En raison de cette popularité en croissance et de la dangerosité associée à leur consommation, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) publiait en 2006 un « plan d'intervention sur la méthamphétamine (*crystal meth*) et les autres drogues de synthèse », document qui opérationnalise les orientations et les mesures développées dans le Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011<sup>65</sup>. En vertu des tendances de consommation des drogues de synthèse, les jeunes adultes de 18 à 29 ans qui participent aux soirées *raves* sont identifiés en effet dans ce plan d'intervention comme étant un des groupes de la population qui doivent recevoir une attention particulière.

Certaines études ont constaté qu'environ deux tiers des jeunes participant aux soirées raves avaient consommé des SPA illicites, dont une prévalence de consommation à vie de 73,3 % pour les amphétamines et de 65,2 % pour l'ecstasy chez un échantillon de jeunes Montréalais ravers<sup>66</sup> tandis qu'environ 76 % et 69 % des jeunes Australiens avaient consommé de l'ecstasy et d'amphétamine respectivement.

Des études impliquant des disciplines aussi diverses que la biologie, la génétique, la sociologie, la psychologie et l'anthropologie permettent de conclure au caractère fondamentalement multidimensionnel et multifactoriel des TUS. D'origine biopsychosociale, les TUS relèvent, comme beaucoup d'autres problèmes de santé, de causalités à la fois biologiques, comportementales et environnementales agissant en interaction sur les individus, les familles et les communautés<sup>72</sup>. Le cumul des déterminants et l'exposition à ces déterminants à un âge précoce ou sur une période intensive augmentent le risque que surviennent des problèmes liés à l'usage de SPA ainsi que leur sévérité potentielle.

L'héritabilité des TUS, soit le degré d'influence probable des facteurs génétiques pour un phénotype donné, se situerait entre 30 et 72 %<sup>73</sup>. Les variations du génotype qui influencent les dimensions de la personnalité (ex. : l'impulsivité, la prise de risques, et la recherche de sensations fortes ou de nouveauté) ou qui influencent les façons dont les différentes SPA affectent la physiologie et conséquemment les réponses subjectives (comme les degrés d'euphorie, associés à la consommation ou au *craving*) semblent constituer un facteur de vulnérabilité associé aux TUS<sup>73</sup>. Des antécédents familiaux de TUS augmenteraient donc le risque de développer des troubles qui y sont liés. Des études menées sur des enfants adoptés indiquent que 18 à 27 % de ceux provenant de parents biologiques alcoolo-dépendants avaient aussi développé des problèmes dus à l'alcool, contre seulement 5 à 6 % chez ceux issus de parents non alcoolo-dépendants<sup>74</sup>. Ces données montreraient que les enfants de parents alcooliques élevés en dehors du milieu familial présentaient un risque accru de développer un alcoolisme dont l'importance (trois à quatre fois plus élevée que chez des sujets contrôles) équivalait celui de leurs frères et sœurs biologiques élevés par leurs parents alcooliques<sup>75-78</sup>. Ainsi, la prédisposition génétique à développer un TUS à l'alcool chez certaines personnes a été évoquée dans la littérature<sup>79, 80</sup>; les gènes expliqueraient environ 50 % des vulnérabilités conduisant à l'abus d'alcool et les problèmes associés<sup>81</sup>.

Le tempérament difficile durant l'enfance, les comportements antisociaux ou agressifs, le fait d'avoir subi de la violence physique, psychologique ou sexuelle, l'exposition au stress au cours de la vie et l'initiation précoce à la consommation de SPA sont sur le plan individuel autant de facteurs de risque des TUS<sup>82</sup>. Les antécédents familiaux de problèmes psychopathologiques (tel que le trouble de la personnalité antisociale par exemple)<sup>83, 84</sup> et le fait d'avoir un diagnostic de trouble mental (tel que la dépression, l'hyperactivité, le trouble déficitaire de l'attention, l'anxiété, etc.) constituent des facteurs prédisposants aux TUS<sup>82</sup>. Ainsi, avoir un trouble mental multiplierait par deux le risque d'avoir un TUS-alcool et par quatre celui d'avoir un TUS-drogues<sup>85</sup>.

L'apparition des TUS est aussi fortement influencée par les relations interpersonnelles, le milieu familial et la dynamique communautaire. De ce fait, les conflits familiaux, les relations difficiles parents-enfants, les conduites parentales inadéquates, le fait d'avoir un membre de la famille qui a une consommation inappropriée, la fréquentation de pairs déviants, l'isolement, la rupture des liens scolaires, les conditions de travail difficiles (emploi sur des chantiers éloignés ou heures de travail prolongées et irrégulières, etc.) s'avèrent des facteurs importants de l'usage inapproprié de SPA<sup>86</sup>. Sur le plan de l'environnement collectif, on reconnaît que des normes permissives, la valorisation de certains modèles de consommation ainsi que des lieux tels que les bars et les centres sportifs (lorsqu'il s'agit de stéroïdes anabolisants) peuvent favoriser un usage inapproprié<sup>87</sup>.

Les études épidémiologiques dans diverses parties du monde ont toutes démontré que les populations les plus isolées et les plus économiquement désavantagées sont plus touchées par les TUS et les troubles mentaux<sup>87</sup>. Dans un de ses rapports sur l'alcool, l'OMS souligne qu'il semble y avoir une tendance générale à ce que les modes de consommation dangereux soient plus marqués chez les buveurs pauvres que chez les riches et qu'un mode donné de forte consommation chez un buveur pauvre est généralement plus susceptible de se solder par des effets dommageables que le même mode chez un buveur riche<sup>11</sup>. Selon l'ESCC cycle 1.2, la prévalence d'abus de SPA et des troubles mentaux chez la population à faible revenu serait de 37 % plus élevée que chez la population canadienne mieux nantie<sup>88</sup>.

Selon les travaux d'Anthony et collègues (1994) sur les données du *National Comorbidity Survey* (NCS) aux États-Unis, les personnes sans emploi auraient 2,4 fois plus de risque d'avoir une dépendance à l'alcool par rapport à celles qui ont une activité professionnelle<sup>89</sup>. Aussi, les personnes peu scolarisées sont plus à risque d'avoir un mauvais rapport avec la consommation d'alcool que celles qui ont un niveau d'éducation élevé. Enfin, les personnes vivant seules sont plus susceptibles de devenir dépendantes et si l'on considère le statut marital, les personnes divorcées, veuves ou séparées auront plus tendance à devenir dépendantes que les personnes mariées ou n'ayant jamais été mariées<sup>85</sup>.

Pour certaines sous populations, comme les minorités sexuelles (personnes lesbiennes, gaies et bisexuelles), les personnes en situation d'itinérance, les autochtones et les personnes incarcérées, les TUS constituent un problème de premier plan. Ainsi, plusieurs études démontrent une prévalence élevée de l'abus d'alcool chez les personnes homosexuelles qui pourrait atteindre 30 %, et suggèrent une prévalence élevée des problèmes de consommation et de dépendance aux drogues<sup>90</sup>. Ce risque plus accru d'être aux prises avec un TUS (à vie et au cours des 12 derniers mois) par rapport aux personnes hétérosexuelles a été observé

d'après Cochran et Mays (2009) par une recension des écrits grandissante et plus récente des études tant transversales que de cohorte prospective réalisées auprès des minorités sexuelles<sup>91</sup>, de même qu'une recension des écrits, où les auteurs ont trouvé que le risque était encore plus prédominant pour les femmes lesbiennes et bisexuelles<sup>92</sup>. D'après une étude effectuée dans trois villes canadiennes (Vancouver, Toronto et Ottawa), environ 53 % et 38 % des personnes en situation d'itinérance ou des personnes logées de façon vulnérable présentaient des TUS-alcool et des TUS-drogues respectivement, ces taux de prévalence sont beaucoup plus élevés que ceux rapportés pour la population générale<sup>93</sup>. Au Québec, 46 % des personnes en situation d'itinérance ayant fait appel à des ressources qui leur sont adressées, présentaient un TUS d'après une enquête réalisée par Chevalier et Fournier (1998; cité par Paquette et coll., 2008)<sup>94</sup>. Aussi, la population autochtone semble présenter un risque plus élevé de développer un problème d'abus de SPA<sup>25</sup>. L'étude de ces populations dans le monde a souvent montré qu'elles consommaient non seulement nettement plus d'alcool que la population générale, mais que leurs modes de consommation avaient également tendance à être plus dangereux, toute prise de boisson alcoolisée impliquant souvent de boire jusqu'à l'intoxication<sup>11</sup>. Les TUS-drogues illicites et de prescription sont deux à quatre fois plus prévalents chez la population autochtone de l'Amérique du Nord que la population générale<sup>95</sup>. Dans ce sous-groupe, le suicide et l'automutilation reliés à la consommation de SPA représentent 23 % des décès chez les adultes de 20 à 44 ans et 38 % chez les jeunes. De plus, pour près de la moitié des personnes incarcérées, autre groupe à risque, la consommation de SPA est rapportée avoir joué un rôle déterminant dans la perpétration de leur délit; et un tiers de ces usagers poursuivait sa consommation à l'intérieur des prisons<sup>96</sup>.

La SPA en elle-même joue un rôle indéniable dans l'apparition ou l'aggravation des problèmes liés aux TUS de même que son mode d'absorption, pouvant ce dernier comporter un risque de dépendance du plus élevé au plus faible selon l'ordre suivant: la voie intraveineuse, la voie intra-pulmonaire (fumé), la voie intranasale (prisé ou « sniffé ») et la voie orale. Le rituel associé à l'injection intraveineuse accroît le risque de dépendance associé à ce mode de consommation. Plus la quantité consommée est élevée, plus la consommation devient fréquente et persiste sur une longue période, plus le risque de dépendance est grand. Plus la concentration de l'agent actif et la pureté de la SPA sont élevées, plus les effets addictogènes de la SPA consommée augmentent. Soulignons également que les SPA ne présentent pas toutes le même risque de dépendance. Quant au risque de dépendance à l'héroïne, il est de 23,1 %; 16,7 % pour la cocaïne; 9,1 % pour le cannabis et 4,9 % pour les hallucinogènes<sup>87</sup>.

Plus largement, sur le plan sociétal, les politiques ou les législations qui affectent directement ou indirectement l'accessibilité financière, physique et légale aux SPA

peuvent favoriser l'aggravation tout autant que la réduction des méfaits liés à la consommation de SPA<sup>87</sup>.

Si plusieurs éléments peuvent interagir et jouer un rôle important pour le développement d'un TUS, la présence de facteurs de risque ne signifie pas pour autant qu'une personne développera forcément des problèmes liés à un usage inapproprié de SPA. Bien qu'il semble que le nombre de facteurs de risque soit probablement l'un des éléments les plus importants à considérer, la littérature montre que des facteurs de protection peuvent barrer ou atténuer leur impact. Plusieurs facteurs de protection, notamment ceux qui favorisent une bonne adaptation sociale malgré un contexte et des expériences difficiles, ont été relevés. Un tempérament positif chez un enfant, un répertoire d'aptitudes sociales adéquates, une bonne capacité de résoudre des problèmes alliés à un sentiment de compétence personnelle et une bonne estime de soi, l'attachement parent-enfant, le fait d'avoir un bon environnement familial et un réseau de soutien à l'extérieur de la famille, la présence d'un adulte important ou d'un pair aidant figurent parmi les facteurs de protection documentés<sup>87</sup>.

## MÉFAITS ET COÛTS SOCIAUX LIÉS À L'USAGE DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES (SPA)

Plusieurs conséquences, plus souvent négatives peuvent être associées à la consommation de SPA, et liées notamment à une consommation effectuée sur une base « régulière et prolongée ainsi qu'à la consommation excessive et à l'intoxication » (Paglia-B & Adlaf, 2007; cité par Gagnon 2010)<sup>56</sup>. Outre les risques encourus par l'abus ou la dépendance aux SPA, il est mentionné par Gagnon et collègues que « les conséquences liées à l'intoxication sont aussi très importantes et souvent graves ». Ces auteurs indiquent que chez les jeunes « c'est d'ailleurs aux intoxications et non à la dépendance que sont associés les plus nombreux problèmes liés à la consommation de SPA » (p. 7)<sup>56</sup>.

Les SPA (y compris le tabac) sont associées à plus de 80 maladies et traumatismes reconnus qui peuvent tous être évités. Globalement, l'alcool est lié à des traumatismes et blessures involontaires et intentionnelles (accidents de la route, violence, négligence et drames familiaux, suicide) ainsi qu'à des maladies chroniques (ex. : cancers, cirrhose du foie, dépression), les deux avec ou sans risque élevé de mortalité, tandis que l'utilisation de drogues illicites est liée à certaines maladies infectieuses en association avec l'injection (VIH : Virus de l'immunodéficience humaine, hépatite A, B et C), le suicide et les TUS-drogues illicites. L'alcool se différencie du tabac et des drogues illicites, du fait qu'il y a des effets bénéfiques attribuables à une consommation modérée et régulière d'alcool (1 à 2 verres par jour) notamment pour les maladies coronariennes<sup>97,98</sup>.

En plus des problèmes de santé physique et mentale, les TUS sont associés à la délinquance, les difficultés au travail et à l'école, les problèmes familiaux, les comportements sexuels à risque, etc. L'impact du mésusage de SPA ne touche pas uniquement la personne qui consomme. Les membres de l'entourage comme le conjoint, les enfants et la fratrie en subissent aussi les effets négatifs<sup>99</sup>. Vivre dans un milieu alcoolique fait en sorte que la vie tourne et s'organise autour de la personne consommatrice, ne laissant aucune ou peu de place aux autres membres de la famille<sup>99</sup>. Aussi, Laflamme-Cusson et collègues (1994) estiment que 32 % à 49 % des individus consultant pour des problèmes d'abus de SPA rapportent vivre des conflits conjugaux<sup>100</sup>.

Dans les sous-sections qui suivent on s'intéressera à la morbidité et à la mortalité liées à l'usage des SPA dans le monde et l'impact des TUS au Canada et au Québec en termes de méfaits, morbidité et mortalité pour enfin dresser un portrait des coûts sociaux associés à cette problématique au Canada et ailleurs.

## Morbidité et mortalité liées à l'usage de SPA dans le monde

En 2002, le rapport sur la santé publié par l'OMS indiquait que 8,9 % de la charge totale de morbidité mondiale était due à l'usage de SPA. Le tabac représentait 4,1 %, l'alcool 4 % et les drogues illicites 0,8 % de la charge de morbidité<sup>14</sup>. L'analyse de la charge mondiale de morbidité soulignait une fois encore que l'essentiel des problèmes de santé dans le monde est dû aux SPA licites plutôt qu'aux SPA illicites<sup>14</sup>.

Après le tabagisme et l'hypertension, l'alcool est le troisième facteur de risque le plus important de morbidité et de mortalité prématurée pour les pays développés. Il dépasse en cela le risque lié à l'hypercholestérolémie et au surpoids, et constitue un risque trois fois plus important que celui lié au diabète et cinq fois plus important que celui lié à l'asthme<sup>101</sup>. À l'échelle mondiale, l'alcool était en 2002 à l'origine de 3,2 % des décès (1,8 million) et de 4,0 % des années de vie corrigées par le facteur d'invalidité ou AVCI<sup>xv</sup> perdues (58,3 millions). La proportion était bien plus élevée chez les hommes que chez les femmes (5,6 % des décès et 6,5 % des AVCI perdues contre 0,6 % et 1,3 %). Parmi les pays développés<sup>xvi</sup>, c'est dans les Amériques et en Europe que la part de morbidité due à l'alcool était la plus importante, avec 8 à 18 % du total chez les hommes et 2 à 4 % chez les femmes<sup>104</sup>. L'alcool est la cause d'une pathologie et d'un décès prématuré sur quatorze dans l'Union européenne<sup>105</sup>. Outre les troubles qui résultent directement de l'abus ou de la dépendance à l'alcool, l'OMS estimait que l'alcool était à l'origine de 20 à 30 % des cancers de l'œsophage, des cancers du foie, des cirrhoses du foie, des homicides, des épilepsies et des accidents de véhicule à moteur<sup>104</sup>.

Pour ce qui est des drogues illicites dans le monde, on a estimé que 0,4 % des décès (0,2 million) et 0,8 % des AVCI perdues (11,2 millions) sont imputables à leur usage<sup>106</sup>. Plus de la moitié des décès était des cas de surdose<sup>107</sup> et la charge attribuable chez les hommes est partout plusieurs fois supérieure à celle enregistrée chez les femmes. Précisons également que la mortalité due aux drogues illicites touche habituellement des personnes plus jeunes tandis que les morts liés à l'alcool surviennent à un âge moyen ou chez les adultes plus âgés<sup>108</sup>. C'est dans les

<sup>xv</sup> Années de vie corrigées par le facteur d'invalidité (AVCI) : mesure d'écart de santé mise au point par l'OMS dans le cadre de l'étude de la « charge mondiale de la morbidité » en vue d'estimer le fardeau d'une maladie pour une population donnée. Les AVCI sont mesurées par rapport à la mortalité et à la morbidité. La morbidité est pondérée en fonction de la gravité de l'affection. Les AVCI équivalents à la somme des années de vie perdues (AVP) ou mortalité prématurée à cause de la maladie et des années de vie vécues avec une incapacité (AVI)<sup>102</sup>.

<sup>xvi</sup> L'OMS divise les 192 États Membres en trois grands groupes (pays en développement à forte mortalité, pays en développement à faible mortalité et pays développés) en tenant compte de leur la géographie, leur stade de développement économique et démographique, et la mortalité (enfants et adultes)<sup>103</sup>.

pays industrialisés à faible mortalité des Amériques, de la Méditerranée orientale et de l'Europe que l'usage de drogues illicites est responsable des plus fortes proportions de la charge morbide (2 à 4 % de la charge morbide totale chez les hommes). On estime que 5 à 10 % de toutes les infections par le VIH à l'échelle mondiale sont imputables à l'usage de drogues par injection, et en particulier à l'utilisation de matériel d'injection contaminé<sup>109</sup>. La prévalence moyenne du VIH parmi les usagers de drogues par injection est d'environ 11,43 %, ce qui représente 1,6 million de ces personnes<sup>50</sup>. La prévalence de l'hépatite C parmi ces usagers est évaluée à 51 % et celle de l'hépatite B à 8,4 %; ce qui signifie que 7,2 millions et 1,2 million d'usagers de drogue par injection vivent respectivement avec le virus de l'hépatite C (VHC) et le virus de l'hépatite B<sup>50</sup>.

## 2.2

### Méfaits, morbidité et mortalité liés à l'usage de SPA au Canada et au Québec

Selon l'ESCCAD, les méfaits liés à l'alcool ou à une drogue comprennent les méfaits subis dans un des secteurs suivants: santé physique; liens d'amitié et vie sociale; situation financière; vie familiale ou conjugale; travail, études ou occasions d'emploi; rapports avec le système judiciaire; apprentissage; logement<sup>110</sup>. En 2010, environ 14,6 % et 5,7 % des Canadiens âgés de 15 ans ou plus ont déclaré au moins un méfait envers soi causé par la consommation d'alcool au cours de leur vie et au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête ESCCAD, respectivement.

La prévalence des méfaits causés par l'alcool envers soi chez les hommes (20,4 %) au cours de leur vie était près du double de celle observée chez les femmes (9,2 %). La prévalence au cours des 12 derniers mois s'élevait à 7,6 % chez les hommes et à 3,9 % chez les femmes; une différence statistiquement significative. Par ailleurs, les jeunes de 15 à 24 ans ont déclaré un taux plus élevé de méfaits que les adultes de 25 ans et plus que ce soit au cours de la vie (17,6 % comparé à 14,1 %) ou pendant les 12 derniers mois (12,8 % comparé à 4,3 %)<sup>111</sup>.

En 2002, 4258 décès au Canada ont été attribués à l'alcool, soit 1,9 % de tous les décès enregistrés pour la même année<sup>112</sup>. La cirrhose a été la principale cause de mortalité (1246 personnes), suivie des collisions automobiles (909 personnes) et des suicides dus à sa consommation (603 personnes). Les décès attribuables à l'alcool ont également entraîné la perte de 191 136 années potentielles de vie, et les maladies attribuables à cette SPA ont exigé 1 587 054 jours d'hospitalisation pour des soins de courte durée<sup>112</sup>. En 2004, 35 % des automobilistes mortellement blessés sur les routes canadiennes avaient de l'alcool dans le sang, et environ 1052 personnes sont décédées dans des accidents impliquant un conducteur

## 33

### LES TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Prévalence, utilisation des services et bonnes pratiques



ivre<sup>113</sup>. Au Québec, l'alcool au volant est l'une des principales causes d'accidents. Chaque année, les accidents dus à l'alcool causent en moyenne 190 décès, 410 blessés graves et 2070 blessés légers. Uniquement en 2011, 47 % des conducteurs décédés sur la route avaient bu de l'alcool<sup>114</sup>. Aussi, l'alcool a été mis en cause dans environ 54 % des homicides involontaires, dans 50 % des suicides et dans un nombre important de cas de violence familiale et de négligence<sup>115</sup>. Le nombre d'années potentielles de vie perdues attribuables à l'alcool au Québec s'élevait à 38 668 années en 2002. De plus 405 353 épisodes de soins ambulatoires et 48 307 diagnostics d'hospitalisation étaient imputables à l'alcool<sup>116</sup>.

En ce qui concerne l'usage de drogue illicite, 2,1 % des Canadiens âgés de 15 ans ou plus en 2002 ont déclaré avoir vécu au moins un méfait dû à leur consommation au cours des 12 derniers mois. Les jeunes de 15 à 24 ans étaient environ six fois plus susceptibles de déclarer un méfait dû à la consommation de drogue illicite par rapport aux adultes de 25 ans et plus (6,9 % et 1,2 % respectivement). Parmi les consommateurs, le pourcentage de ceux ayant déclaré un méfait dans l'année précédant le sondage était de 17,0 %. Le taux de déclaration d'un méfait chez les jeunes de 15 à 24 ans était le double de celui chez les adultes de 25 ans ou plus (24,7 % contre 12,2 %)<sup>111</sup>.

On estime qu'en 2002 toujours, 1695 Canadiens sont décédés des suites de la consommation de drogues illicites, soit 0,8 % de tous les décès pour la même année. Les surdoses ont été la principale cause de mortalité (958 personnes), suivies des suicides attribuables à la drogue (295 personnes), de l'hépatite C contractée à cause de la consommation (165 personnes) et du VIH (87 personnes). L'hépatite C était négligeable en 1992 en tant que cause de décès attribuable à la consommation de drogue, alors qu'elle se trouve maintenant en troisième place. La consommation de drogues illicites a également entraîné la perte de 62 110 années potentielles de vie, et les maladies attribuables à cette consommation ont exigé 352 121 jours d'hospitalisation pour des soins de courte durée. « Les hospitalisations liées aux drogues sont le plus fréquemment dues à des tentatives de suicide et à des auto-intoxications, à la pharmacodépendance et aux intoxications par tranquillisants ou par antidépresseurs » (p. 15)<sup>117</sup>. L'usage des drogues illicites est souvent associé à des activités criminelles (vol, trafic de stupéfiants, prostitution). Les grands consommateurs de SPA sont également plus susceptibles de s'engager dans des relations sexuelles non protégées, de connaître des partenaires multiples, de quitter l'école prématurément, de manifester des comportements délinquants et, pour les filles, d'avoir des grossesses précoces<sup>115</sup>.

À ce portrait déjà inquiétant s'ajoutent la souffrance et la marginalisation des usagers et de leur entourage, dont les coûts humains et sociaux sont difficilement quantifiables<sup>115</sup>.

L'abus de SPA draine considérablement l'économie des pays, directement par les coûts imposés aux systèmes de santé et de justice pénale, et indirectement par les pertes de productivité découlant des décès prématurés et de la maladie. Le coût social a été alors calculé au Canada en 2002 en fonction du fardeau imposé à certains services, notamment en matière de soins de santé (ex. : hospitalisations, consultations dans les urgences et auprès des médecins généralistes/spécialistes) et d'application de la loi (ex. : frais de cours et d'incarcération), et de la perte de productivité au travail ou à la maison en raison d'un décès prématuré ou d'une incapacité<sup>118</sup>.

Le terme abus de SPA est défini par le groupe ayant examiné les coûts sociaux au Canada en termes économiques, soit : « une consommation d'alcool ou d'autres drogues qui impose à la société des coûts plus importants que ceux que doit déboursier le consommateur pour se procurer la SPA : ce sont les coûts sociaux » (p. 1)<sup>118</sup>.

Le coût social global de l'abus de SPA (y compris le tabac) au Canada est estimé, pour 2002, à 39,8 milliards de dollars, ce qui correspond à 1267 dollars pour chaque Canadien. Le tabac comptait pour environ 17 milliards de dollars, soit près de 42,7 % du total, en comparaison à quelque 14,6 milliards (36,6 %) pour l'alcool et à environ 8,2 milliards (20,7 %) pour les drogues illicites<sup>118</sup>. Les coûts économiques les plus importants sont imputables à la perte de productivité (24,3 milliards de dollars, soit 61 % du total), contre 8,8 milliards de dollars (22,1 %) pour les soins de santé. L'application de la loi représentait le troisième élément en importance pour ce qui était des coûts associés à l'abus de SPA, s'élevant à 5,4 milliards de dollars (13,6 %).

Aux États-Unis, Harwood et collègues (1998) ont estimé pour l'année 1992 le coût social de l'alcoolisme à 148 milliards de dollars et celui du TUS-drogues illicites à 98 milliards<sup>119</sup>. En 2002, le coût social global seulement pour les drogues illicites était estimé à 180,9 milliards, ce qui représentait une augmentation de 5,34 % par année depuis 1992. Même portrait que pour le Canada, les coûts économiques aux États-Unis les plus importants associés aux drogues illicites sont attribuables à la perte de productivité (71,2 %), et à 8,7 % pour les soins de santé<sup>120</sup>. Plus récemment, sur le site du *National Institute on Drug Abuse* (NIDA), il est mentionné que les coûts économiques relatifs aux TUS aux États-Unis s'élèvent à environ 559 milliards de dollars par an, dont le tabac compterait pour 193 milliards par an, l'alcool 185 milliards par an et les drogues illicites 181 milliards par an (*Surgeon General's Report*, 2004; ONDCP, 2004; Harwood, 2000; cité par NIDA, 2013)<sup>121</sup>.

Dans un document des Éditions du Conseil de l'Europe publié en 2001, les auteurs estimaient qu'en France, le coût social de l'abus des SPA (y compris le tabac) s'élevait à 33 238 milliards d'euros soit 2,68 % du produit intérieur brut (PIB). Ce coût social se répartissait approximativement en 17 596 milliards d'euros pour l'alcool (1,42 % du PIB) en tête de liste, 13 607 milliards d'euros pour le tabac (1,1 % du PIB) et 2035 milliards d'euros pour les drogues illicites (0,16 % du PIB)<sup>122</sup>. La répartition par grand poste du coût social (toutes SPA confondues) nous indique que les pertes de revenu et de production représentaient plus de la moitié (52,33 %) du coût social total supporté par la collectivité. Viennent ensuite les dépenses de santé (21,52 %), puis les pertes de prélèvements obligatoires (11,45 % du total), les dépenses engagées par les assurances (10,6 %) et enfin, loin derrière, les dépenses des administrations publiques (2,5 %).

En Australie, le coût social total de l'abus de SPA en 2004-2005 a été estimé à près de 56,1 milliards de dollars. L'alcool comptait pour 15,3 milliards de dollars australiens (soit environ 27,3 % du coût total des SPA), le tabac pour 31,5 milliards (56,2 %) et les drogues illicites pour 8,2 milliards (14,6 %). Ajouté à cela, l'alcool et les drogues illicites agissant de concert ont représenté une part de 1,1 milliard de dollars (1,9 %)<sup>123</sup>.

Dans l'ensemble, les pertes de productivité comptent pour la plus grande partie des coûts sociaux, conclusion commune à toutes les études sur les coûts sociaux réalisés dans le domaine de l'abus de SPA et dans les études sur le coût des maladies en général<sup>112</sup>.

## DES PERSONNES AUX PRISES AVEC UN TUS ET AYANT DES BESOINS SPÉCIFIQUES

### Troubles concomitants

L'expression trouble concomitant désigne en général une situation où un TUS coexiste pour la plupart du temps avec un trouble de santé mentale ou plusieurs troubles à la fois. D'après le Centre de toxicomanie et de santé mentale aux États-Unis et dans la documentation internationale, les termes « double diagnostic » et « troubles jumelés » (désignant que deux troubles à la fois) seraient utilisés plus couramment et, ces dernières années, l'expression « troubles concomitants » aurait plutôt gagné en popularité<sup>124</sup>.

Étant donné le taux de prévalence élevée et le pronostic peu favorable des troubles concomitants, souvent décrits comme des cas difficiles au niveau de l'évaluation, du traitement et de l'orientation dans les services de santé, où les crises et les rechutes sont plutôt fréquentes qu'exceptionnelles<sup>125</sup>, la cooccurrence simultanée des TUS avec les troubles de santé mentale est abordée dans cette section. Par ailleurs, un survol de la concomitance des TUS avec les problèmes physiques y sera également discuté.

### TUS et santé mentale

Les TUS et les troubles de santé mentale ont tendance à coexister chez les individus présentant l'un ou l'autre de ces troubles. Le MSSS souhaitait, dans son Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011, que l'offre de service porte une attention particulière à des groupes spécifiques, dont les personnes aux prises avec un TUS et souffrant de problèmes de santé mentale<sup>126</sup>. Si ces troubles peuvent chacun persister en l'absence de l'autre, d'autres hypothèses ont été également formulées pour expliquer cette concomitance : la consommation de SPA relève d'une automédication effectuée pour mieux gérer les troubles anxieux ou de l'humeur qui affectent l'individu ou bien les symptômes psychiatriques sont induits par la consommation de SPA ou leur sevrage. « Il n'est toutefois pas toujours évident de départir l'ordre d'apparition des troubles pour établir un diagnostic clair de troubles indépendants ou induits par l'autre » (p. 2)<sup>127</sup>. Enfin, une dernière théorie postule qu'il existe une « vulnérabilité commune » à ces deux troubles chez certains individus (caractéristiques de la personne, prédisposition génétique et facteurs environnementaux communs aux deux troubles)<sup>127</sup>.

Les études démontrent que les troubles concomitants de dépendance et de santé mentale sont plus la règle que l'exception parmi les individus ayant recours aux

traitements pour les TUS ou les problèmes psychiatriques. On estime qu'entre 20 à 50 % des usagers des établissements psychiatriques ont un TUS au cours de la vie, tandis que 50 à 75 % des usagers des centres de traitement ont un trouble de santé mentale à vie<sup>128</sup>. On constate néanmoins que les taux de comorbidité de TUS et de santé mentale mentionnés dans la littérature varient selon les études, les diagnostics, les populations observées (études populationnelles ou cliniques) et d'une région à une autre ou d'un pays à un autre.

**Études populationnelles.** Selon l'enquête américaine ECA réalisée entre 1980 et 1984<sup>58</sup>, la prévalence au cours de la vie de la concomitance de TUS et de santé mentale était d'environ 28,9 % dans la population générale âgée de 15 à 54 ans; alors que la prévalence générale des TUS-alcool et aux drogues était établie respectivement à 13,5 % et 6,1 % dans cette même étude. Chez les personnes présentant un TUS-alcool, le taux de prévalence à vie d'un trouble psychiatrique quelconque était de 36,6 %; tandis que celui-ci s'élevait à 53,1 % parmi celles qui avaient TUS-drogue. Ainsi, comparativement à celles qui ne présentaient pas de TUS, les personnes ayant un TUS-alcool avaient trois fois plus de chances (OR<sup>xvii</sup>=2,9) de souffrir d'un trouble mental, tandis que celles ayant un TUS-drogue en avaient six voire sept fois plus de risque (OR=6,5). Les troubles mentaux les plus prévalents chez les personnes ayant un TUS étaient le trouble de la personnalité antisociale (83,6 %, OR=29,6), la schizophrénie (47 %, OR=4,6) et les troubles bipolaires (56,1 %, OR=6,6). Les troubles de l'humeur et les troubles anxieux étaient présents chez 32,0 % (OR=1,7) et 23,7 % (OR=1,0) de personnes ayant un TUS.

D'après les résultats de l'enquête épidémiologique américaine NCS réalisée entre 1990 et 1992, un pourcentage de 41,0 à 65,5 % des répondants ayant présenté un TUS au cours de leur vie avaient également présenté un trouble mental (trouble de l'humeur ou trouble anxieux), tandis que 50,9 % des individus ayant un trouble mental avaient présenté un TUS. Aussi, au cours des 12 derniers mois, on estimait que 18,4 % à 37,1 % des répondants ayant un trouble de l'humeur et 13,5 % à 21 % ayant un trouble d'anxiété faisaient également face à un TUS<sup>129</sup>.

Selon une autre étude américaine plus récente (NESARC; 2001-2002; n=43 093 répondants), 19,7 % des personnes ayant un TUS (abus ou dépendance à l'alcool ou aux drogues) dans les 12 derniers mois avaient un trouble de l'humeur (dépression majeure, dysthymie, mania, hypomanie), et 17,7 % un trouble anxieux (trouble panique avec et sans agoraphobie, phobie sociale, phobie spécifique et trouble d'anxiété généralisée). Inversement, la prévalence de TUS était de 19,9 % et de 14,96 % chez les personnes ayant respectivement un trouble de l'humeur et un trouble anxieux au cours des 12 derniers mois<sup>41</sup>. Lorsqu'on a considéré

seulement les personnes qui ont cherché un traitement pour leur TUS, ces taux de comorbidité s'élèvent d'environ le double ou plus. Parmi ceux qui ont cherché un traitement pour leur TUS-alcool, 40,69 % avaient au moins un trouble de l'humeur et 33,38 % au moins un trouble d'anxiété dans les 12 derniers mois. Parmi ceux qui ont cherché à obtenir une prise en charge pour leur TUS-drogues, 60,31 % avaient au moins un trouble de l'humeur et 42,63 % avaient au moins un trouble de l'anxiété pour la même période.

Les données du NESARC (2004-2005) ont permis à Blanco et collègues (2013) de donner un portrait de l'ampleur de la problématique de concomitance d'un état de stress post-traumatique (ÉSPT) et de la dépendance à l'alcool aux États-Unis<sup>130</sup>. Du point de vue clinique, l'ÉSPT est l'une des conséquences les plus graves qui se manifestent après avoir vécu (directement ou indirectement) ou avoir été témoin d'un événement traumatique et dont les réactions à cet événement ne se résorbent pas et semblent s'installer de manière chronique chez la personne<sup>131</sup>. Il a été déjà rapporté que les événements traumatiques causés par des êtres humains (assauts contre l'intégrité de la personne tels que le viol, la torture, l'attaque terroriste) seraient généralement plus traumatisants que les catastrophes naturelles<sup>132</sup>. Selon les données du NESARC, dans la population générale américaine, le taux de prévalence à vie pour ces l'ÉSPT et le TUS-alcool était de 1,59 %, et environ un tiers des individus ayant un ÉSPT à vie avaient aussi un TUS-alcool à vie, ce qui est conforme avec une autre enquête populationnelle citée par Blanco et collègues (2013). Par rapport au fait d'avoir l'un de ses deux diagnostics, les Américains ayant la double problématique rapportaient avoir souffert plus d'adversités durant leur enfance (ex. : maltraitance), leurs taux de prévalence des troubles mentaux de l'axe I et II<sup>xviii</sup> étaient plus élevés, et ils avaient eu plus de tentatives de suicide. Ils rencontraient plus de critères diagnostiques pour les deux troubles et donc souffraient de troubles plus sévères et rapportaient des handicaps plus importants, par rapport aux personnes qui avaient un seul diagnostic.

Une étude australienne réalisée dans la population générale (*Australian National Survey of Mental Health and Well-Being*) va dans le même sens et a constaté que la prévalence des TUS et l'ÉSPT était de 0,5 %. Environ 24,1 % des personnes affectées par l'ÉSPT présentaient un TUS-alcool et parmi les personnes présentant un TUS, l'ÉSPT était plus courant chez celles ayant un TUS aux opiacés (33,2 %)<sup>133</sup>.

Au Canada, 76 % des personnes ont rapporté avoir vécu un traumatisme intense à un moment de leur vie, mais la prévalence à vie de l'ÉSPT a été estimée à 9,2 %

---

<sup>xviii</sup> À titre d'exemple, l'Axe I regroupe les troubles de l'anxiété (trouble panique avec et sans agoraphobie, ÉSPT), les troubles de l'humeur (trouble bipolaire, troubles dépressifs) ainsi que le trouble des conduites alimentaires tandis que les troubles de la personnalité (ex. narcissique, paranoïaque, borderline, antisociale) sont des troubles de l'Axe II.

dans la population canadienne. Plusieurs études ont observé que l'ÉSPT est souvent associé à un autre trouble concomitant, la dépression et le TUS étant les plus fréquemment observés<sup>134</sup>. Kessler et collègues (1995) ont observé que les hommes et les femmes avec un ÉSPT avaient respectivement environ 2 et 2,5 fois plus de probabilités d'avoir un TUS-alcool par rapport aux personnes du même sexe qui n'avaient pas l'ÉSPT<sup>134</sup>. Quant aux drogues, les probabilités étaient encore plus élevées tant pour les hommes que pour les femmes (3 et 4,5 fois plus de risque respectivement) souffrant d'un ÉSPT. Au chapitre des populations cliniques, des études ont constaté que les usagers ayant un TUS rapportent une prévalence de 11 à 60 % pour un ÉSPT actuel et de 33 à 75 % pour un ÉSPT à vie<sup>135-137</sup>. De plus, d'autres études ont constaté que la prévalence de cette problématique concomitante semblerait affecter davantage le sexe féminin<sup>138, 139</sup>.

Le tableau clinique est plus complexe qu'en présence d'un seul diagnostic, et la présence de ces deux troubles interfère avec la persévérance en traitement et a un impact négatif aussi sur le pronostic<sup>140, 141</sup>. Simoneau et Guay (2008) mentionnent que les données des études publiées depuis une quinzaine d'années ont constaté que le « tableau clinique à l'entrée en traitement (est) nettement plus détérioré lorsque le TUS s'accompagne du ÉSPT » (p. 133)<sup>142</sup>. Les études citées par ses auteurs mettent en relief que, en comparaison avec les personnes ayant un TUS seul, les intoxications à un âge plus précoce, la consommation de SPA depuis des périodes plus longues, la polyconsommation, le nombre plus important de surdoses et d'admissions en traitement pour TUS ainsi que la présence d'autres difficultés (dépression, tentatives de suicide) sont plus fréquents chez les personnes souffrant d'un TUS et d'un ÉSPT<sup>142</sup>.

Des taux moins élevés de prévalence à vie pour les TUS chez les personnes ayant un trouble psychotique auraient été rapportés dans plusieurs études réalisées en Europe. Carrà et collègues (2012) à travers une grande étude de cohorte européenne sur les personnes atteintes de schizophrénie ont estimé en 2012 la prévalence à vie de la dépendance aux SPA à 24,2 % (18,2 % pour l'alcool et 10,5 % pour les drogues)<sup>143</sup>. Une valeur inférieure au taux standard de 47 % reporté par l'enquête américaine ECA sur la population schizophrénique américaine<sup>143</sup>.

Au Canada, l'ESCC cycle 1.2 réalisée en 2002 a permis d'estimer pour la première fois les taux de concomitance entre les troubles de l'humeur, les troubles anxieux et la dépendance aux SPA dans la population générale canadienne. Ainsi, cette enquête estimait que 22 % des répondants aux prises avec un trouble de l'humeur et 21,2 % des individus aux prises avec un trouble anxieux (prévalence sur les 12 derniers mois) présentaient également des « problèmes liés à l'utilisation de SPA » (c'est-à-dire une dépendance à l'alcool et/ou aux drogues, des problèmes liés à l'usage de ces SPA mais sans dépendance et même des conséquences

psychosociales liées à une consommation d'alcool)<sup>xix</sup> 144. En outre, 15,9 % des individus rapportant avoir un TUS au cours des 12 derniers mois satisfaisaient les critères pour un autre trouble mental (trouble anxieux ou de l'humeur)<sup>144</sup>.

Une autre étude populationnelle menée au Canada, mais plus ancienne que l'ESCC cycle 1,2 de 2002, soit celle de l'enquête d'épidémiologie psychiatrique de l'Ontario estimait que 18,5 % de la population ontarienne âgée de 15 à 64 ans présentait une cooccurrence de troubles mentaux comprenant des TUS tandis que 55 % des participants qui présentaient un TUS-alcool à vie se qualifiaient également pour un autre trouble mental à vie<sup>145</sup>. Les symptômes les plus répandus qui s'y rattachaient consistaient en la personnalité antisociale, la phobie, l'anxiété et la dépression<sup>145</sup>. L'analyse de ces mêmes données pour le Québec révèle que, chez les personnes ayant rapporté au moins un trouble de l'humeur ou un trouble anxieux au cours de leur vie, 3,8 % présentaient également un diagnostic de dépendance à l'alcool, alors que ce taux est de 1,3 % dans le reste de la population. La différence est plus marquée en ce qui a trait à la prévalence sur 12 mois, soit 6 % contre 1,5 %. Les Québécois ayant rapporté un trouble de l'humeur ou anxieux semblent d'ailleurs être plus susceptibles de révéler avoir fait usage de SPA illégales. Parmi ceux qui ont mentionné souffrir d'un trouble de l'humeur, 26 % disent avoir fait usage de cannabis dans les 12 derniers mois (contre 12 % dans la population générale), et quant aux individus ayant rapporté un trouble anxieux, 18 % dévoilent avoir consommé du cannabis dans les 12 mois précédents l'enquête. Enfin, les individus ayant rapporté au moins un trouble de l'humeur ou un trouble anxieux ont rapporté avoir fait usage d'autres drogues illicites dans les 12 mois précédents l'enquête en plus grand nombre par rapport à la population générale (11 % contre 2,5 %)<sup>146</sup>. En résumé, on estimait que parmi les Québécois qui ont eu un diagnostic de trouble mental à l'axe I du DSM-IV l'usage de SPA illicites (excluant le cannabis) était 5 fois plus élevé et la dépendance à l'alcool était 3 fois plus élevée que chez ceux qui ne présentaient pas ces troubles<sup>146</sup>.

**Études cliniques.** Pour les usagers admis en traitement dans les services spécialisés en réadaptation, le taux de comorbidité n'est jamais inférieur au tiers des sujets dans l'ensemble des études de prévalence qui ont utilisé des instruments diagnostiques standardisés<sup>147</sup>. Pour des raisons autres que l'estimation des prévalences de comorbidité, plusieurs études ont été menées dans les services de traitement de TUS ou de troubles mentaux. Si l'on consulte les données issues de ces études, entre 20 à 50 % des usagers des établissements psychiatriques ont un

<sup>xix</sup> Dans cette étude, les individus qui présentent des « problèmes liés aux substances » rapportent 1) une dépendance à l'alcool et/ou à la drogue (3 symptômes de dépendance ou plus au CIM); 2) des problèmes liés à l'usage d'alcool et/ou de drogue sans dépendance (1 ou 2 symptômes de dépendance au CIM), ou 3) endossent au moins un item lié aux conséquences psychosociales de la consommation d'alcool. L'abus de substance n'a pas été évalué à proprement parler dans cette étude.



TUS au cours de la vie, tandis que 50 à 75 % des usagers des centres de traitement pour abus de SPA ont un trouble de santé mentale à vie<sup>128</sup>.

L'étude américaine ECA a permis d'évaluer les prévalences de troubles concomitants au sein des populations cliniques américaines. Ainsi, 55 % et 64,4 % d'individus en traitement pour un TUS-alcool et un TUS-drogues respectivement présentaient également un trouble de santé mentale. Parmi les individus qui n'étaient pas en traitement, la concomitance d'un trouble mental était présente chez 24,4 % de ceux aux prises avec un TUS-alcool et 29,9 % de ceux ayant un TUS-drogues. Enfin, chez les individus en traitement pour un trouble mental non relié aux SPA, la proportion de TUS était de 19,8 %, alors qu'elle était de 10,6 % chez les individus avec un trouble mental qui n'ont pas fait appel à des services cliniques<sup>58</sup>.

Des études menées auprès d'usagers en traitement pour un trouble lié à l'utilisation de cocaïne ont montré que près de la moitié des usagers ont aussi un trouble de personnalité anti sociale, d'un tiers à la moitié ont des antécédents d'ÉSPT et de 20 % ont un trouble affectif<sup>148</sup>. Parmi les personnes en traitement ayant un diagnostic de dépendance à la cocaïne (n=115), on estimait qu'environ 24,3 % présentaient les signes cliniques d'une dépression<sup>149</sup>. Les troubles bipolaires semblent être plus prévalents (20 à 30 %) chez les cocaïnomanes que chez les personnes alcooliques. Cependant, 16 à 75 % des individus dépendants aux opiacés présenteraient un trouble affectif<sup>150</sup>.

Dans un échantillon d'une étude multicentrique réalisée en Allemagne (n=459), 25,3 % des usagers ayant un TUS avait un ÉSPT, et ce taux était plus élevé pour les individus ayant un trouble lié à l'utilisation à l'alcool et aux drogues (34,1 %), par rapport aux personnes qui avaient un seul trouble (alcool : 15,4 %; drogues : 29,9 %)<sup>137</sup>. D'autres études ont trouvé que cette comorbidité ÉSPT et TUS peut varier entre un tiers et la moitié des personnes en traitement pour leur TUS, selon ce qui a été rapporté par Ouimette et collègues (2005)<sup>151</sup>.

Sur un échantillon des 313 personnes vivant aux États-Unis qui faisaient usage de cocaïne et qui ne suivaient aucun traitement, Falck et collègues (2004) rapportaient que la dépendance à la cocaïne était présente chez 59,7 % de consommateurs et 25,2 % présentaient à la fois une dépendance à la cocaïne et un diagnostic de trouble psychiatrique<sup>152</sup>. Mentionnons également que dans ce même échantillon, 37,7 % étaient aux prises avec une dépendance à l'alcool et 12,1 % présentaient une dépendance au cannabis<sup>152</sup>.

Certaines études ont établi un lien entre les TUS et les troubles dépressifs. Dans des études effectuées sur des héroïnomanes admis dans un programme de maintien

à la méthadone, 50 % de cette population clinique souffrait de dépression<sup>153</sup> et environ 25 % de dépression majeure<sup>154</sup>. Une autre étude montre que parmi les utilisateurs ayant un profil d'utilisation chronique de benzodiazépines, 85 % présenteraient un diagnostic de troubles affectifs et 60 % une dépression majeure selon les critères diagnostiques du DSM-IV<sup>155</sup>. La prévalence de troubles dépressifs chez les personnes ayant demandé un traitement pour une problématique d'alcool varierait selon les études entre 15 à 67 %<sup>150</sup>.

Au Québec, le MSSS en 2007 estimait qu'environ deux tiers des individus qui présentent un trouble mental qualifié de grave avaient aussi un TUS. Les données informelles colligées dans divers centres de traitement au Québec montrent que les personnes ayant un diagnostic de trouble concomitant constitueraient 33 à 50 % des usagers en milieu psychiatrique; 30 à 40 % de celle d'un centre privé et 25 % de celle d'un centre hospitalier pour service de désintoxication<sup>156</sup>. Ces chiffres sont considérés très conservateurs par les intervenants, en raison de l'absence de dépistage systématique. On sait par ailleurs qu'une forte proportion d'individus avec TUS, troubles mentaux et troubles concomitants se classent parmi les « grands utilisateurs » des services de santé des urgences hospitalières<sup>157</sup>.

**Différences selon le sexe et l'âge.** D'une manière générale, il semble que les TUS concomitants aux troubles mentaux sont plus prévalents chez les femmes que chez les hommes. L'enquête du NCS aux États-Unis indiquait qu'environ 86 % des femmes contre 78 % des hommes souffrant d'une dépendance à l'alcool répondaient aux critères d'un autre trouble psychiatrique. Ces taux étaient de 72,4 % des femmes contre 56,8 % d'hommes dans les cas de diagnostic d'abus d'alcool<sup>158</sup>.

Menée aux États-Unis et aux Pays-Bas, une autre étude examinant la différence de genre dans les cas de comorbidité d'alcoolisme et de trouble bipolaire a rapporté que parmi les personnes ayant un diagnostic de trouble bipolaire (n=267), le risque de développer des TUS-alcool est plus élevé chez les femmes (OR=7,35) que chez les hommes (OR=2,77)<sup>159</sup>.

Au Québec, les données sur trois centres de réadaptation en dépendance (CRD; n=2148)<sup>100</sup> indiquaient qu'au cours de leur vie, 75 % des femmes et 65 % des hommes avaient souffert d'anxiété et de tensions graves, 32 % des femmes et 26 % des hommes présentaient une dépression grave alors que 44 % des femmes et 36 % des hommes éprouvaient de la difficulté à se concentrer<sup>160</sup>.

Dans les cas où un TUS est présent de façon concomitante à la schizophrénie ou au trouble de la personnalité antisociale, les taux de prévalences sont généralement plus élevés chez les hommes que chez les femmes<sup>158, 161</sup>. Dans les échantillons

cliniques de personnes aux prises avec TUS-alcool, la prévalence du trouble de personnalité antisociale a été estimée à environ 49 % chez les hommes et 20 % chez les femmes<sup>162</sup>. L'étude de Morgenstern et collègues (1997) va dans le même sens, car parmi 366 usagers en traitement dans différents sites pour TUS-alcool, ils ont constaté que le trouble de personnalité antisociale était significativement plus élevé chez les hommes (25,7 %) que chez les femmes (9,1 %)<sup>163</sup>. Westreich et collègues (1997) concluent sur l'analyse d'un échantillon randomisé d'hommes et de femmes admis en traitement pour une comorbidité que la prévalence des troubles concomitants de schizophrénie et d'abus de drogue est plus élevée chez les hommes que chez les femmes; tandis que les femmes étaient plus susceptibles d'avoir un trouble affectif<sup>164</sup>.

Les jeunes adultes âgés de 18 à 24 ans constituent, d'après Brandon et collègues, un groupe particulièrement important parmi les personnes aux prises avec un trouble concomitant. D'après des données citées par Brandon, ces jeunes représentent, aux États-Unis, le deuxième groupe d'âge en importance pour les admissions en traitement pour un TUS, et ce groupe d'âge rapporte également des taux de prévalence élevés pour les troubles mentaux. On peut s'attendre par exemple à ce que la moitié des jeunes à leur premier épisode de schizophrénie ou de trouble bipolaire présente ou développe, selon Cuffel, un TUS<sup>165</sup>.

D'après Bergman et collègues (2014), les troubles concomitants affectent de manière importante les jeunes de 18-24 ans probablement en raison des facteurs de stress associés au plan du développement propres à leur âge (ex. : décisions entourant l'éducation et l'initiation à la vie indépendante)<sup>166</sup>. Une étude multisite qui examinait la problématique de la concomitance de TUS avec des troubles concomitants de santé mentale (troubles d'intériorisation et d'extériorisation) selon les groupes d'âge des usagers admis en traitement, a observé que le groupe de 19 à 25 ans était plus vulnérable à avoir un trouble concomitant que les autres groupes d'âge (RC = 7,7 par rapport à un RC= 4,8 à 5,3 pour les autres groupes d'âge : 15 ans et moins, 15 à 17 ans, 26 à 39 ans et 40 ans et plus)<sup>167</sup>.

**Meilleures pratiques pour les troubles concomitants de dépendance et de santé mentale.** Dans son document sur les meilleures pratiques pour les troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie datant de 2002, Rush et collègues ont émis des recommandations sur le plan de la prestation des services, notamment au niveau du dépistage, de l'évaluation et du traitement et soutien<sup>168</sup>. Toute personne cherchant de l'aide dans un service de réadaptation ou un service de santé mentale, devrait faire l'objet de dépistage d'un autre trouble concomitant de santé mentale ou de TUS. L'évaluation complète doit établir un diagnostic, évaluer le niveau de fonctionnement psychosocial et les autres

facteurs associés au trouble et établir un plan de traitement et de soutien qui permette de déterminer l'interaction entre les troubles mentaux et les TUS. Une approche intégrée au traitement est recommandée pour tout trouble concomitant. Toutefois, l'offre de service doit tenir compte de la nature des troubles en présence (Tableau 1).

**TABLEAU 1: Offre de service pour troubles concomitants - Recommandations de Santé Canada<sup>168</sup>**

<b>Recommandations : une approche intégrée au traitement/soutien est recommandée</b>
<p><b>TUS et troubles de l'humeur, de l'anxiété</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans le contexte d'une approche intégrée (à l'exception d'ÉSPT) : une séquence d'intervention spécifique est recommandée en commençant par le TUS et accompagnée d'une évaluation continue et d'une adaptation du plan de traitement et de soutien si le trouble de l'humeur et de l'anxiété ne s'améliore pas suite à une amélioration du TUS</li> <li>• Pour un ÉSPT : une approche de traitement intégré portant en même temps sur les deux troubles est recommandée</li> <li>• Pour les troubles de l'humeur et de l'anxiété concomitants (y compris l'ÉSPT) : le traitement le plus efficace est la thérapie cognitive-comportementale (TCC)</li> </ul>
<p><b>TUS et troubles mentaux sévères et persistants</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans le contexte d'une approche intégrée, les interventions devraient être planifiées et mises en œuvre de façon simultanée</li> <li>• Le traitement le plus efficace a pour objet un ensemble de services qui prend en compte la motivation de l'usager et qui propose -entre autres- un traitement ambulatoire, une TCC, la réduction des méfaits et un soutien de réadaptation psychosociale complète</li> </ul>
<p><b>TUS et troubles de la personnalité</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans le contexte d'une approche intégrée, les interventions devraient être planifiées et mises en œuvre simultanément</li> <li>• Les données suggèrent de traiter d'abord le problème de dépendance</li> <li>• Les données probantes suggèrent que le meilleur traitement repose sur la thérapie comportementale dialectique, qui comporte une formation pour le développement des habiletés interpersonnelles</li> </ul>
<p><b>TUS et troubles de l'alimentation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans le contexte d'une approche intégrée, les interventions devraient être planifiées et mises en œuvre simultanément (à moins qu'il y ait présence de motifs cliniques impératifs comme des facteurs menaçant la vie de la personne. Dans ce cas, on mettra d'abord l'accent sur l'un des troubles)</li> <li>• L'intervention la plus prometteuse est une combinaison de la gestion médicale des stratégies comportementales pour modifier les habitudes alimentaires et le comportement de dépendance, et de la psychothérapie pour traiter les problèmes psychologiques</li> </ul>

D'autre part, un rapport publié en 2009 par le CCLT avait pour but de contribuer à ce que la recherche, l'éducation et les soins dans les domaines de la dépendance et de la santé mentale considèrent les troubles concomitants comme un problème prioritaire. Le CCLT indiquait le besoin de développer un savoir intégré sur les troubles concomitants, qui relie les connaissances acquises dans le domaine de la dépendance et de la santé mentale, soit un cadre pédagogique qui procure une vision commune de ces troubles et qui serait partagé par les professionnels de différents secteurs afin de faciliter l'intégration des services au sein du système. Le CCLT recommandait également d'établir une démarche nationale spécialisée pour la recherche clinique sur les troubles concomitants afin d'établir un ordre de priorité parmi les multiples possibilités de recherche dans ce domaine, en utilisant efficacement les ressources et en impulsant son financement<sup>169</sup>.

De plus, ce document mentionnait la nécessité d'employer une démarche intégrée<sup>xx</sup> pour leur prise en charge<sup>169</sup>. En effet, le CCLT soulignait que la capacité limitée des programmes existants, tant cliniques que communautaires, à aborder cette problématique de manière coordonnée et intégrée était un obstacle majeur au traitement efficace des personnes qui en souffrent. En 2010, le CCLT soulignait le besoin d'établir un cadre national, et ce afin de mieux comprendre l'interaction entre les TUS et les troubles de santé mentale, d'optimiser la communication ainsi que la coordination de même que, dans certains cas, d'intégrer le traitement entre ces deux secteurs (dépendance et santé mentale)<sup>170</sup>. En effet, la collaboration intersectorielle entre fournisseurs de services de dépendance et de santé mentale constitue selon le CCLT une pratique exemplaire pour répondre de façon plus efficace aux troubles concomitants, mais aussi à une vaste gamme d'autres problèmes de santé. Un partenariat entre le CCLT, le Conseil exécutif canadien sur les toxicomanies et la Commission de la santé mentale du Canada a permis de dégager un consensus sur les stratégies de collaboration efficaces entre les services en dépendance et en santé mentale. Si selon ce groupe de travail la conjoncture au Canada semblait être très propice à l'amélioration de la collaboration entre ces secteurs à l'échelle du système, il en reste que l'élaboration, l'évaluation, la documentation et l'échange de stratégies de collaboration efficaces à l'échelle de la pratique sembleraient ne pas être encore systématiques. En vue de combler cette lacune, le CCLT et ses partenaires publiaient en 2014 un document faisant état notamment des conseils et des principaux domaines d'action pour promouvoir la collaboration efficace<sup>171</sup>. Bien qu'hétérogènes, les modèles et approches de collaboration présentés par ce groupe partagent néanmoins certains principes de la collaboration et visant à optimiser les services offerts aux usagers ayant des troubles concomitants. Le modèle sur les soins de santé mentale partagés,

---

<sup>xx</sup> Dans ce document un survol sur le traitement intégré de TUS et de troubles de santé mentale est présenté au chapitre « Bonnes pratiques ».

le *Chronic Care Model* [modèle de soins des maladies chroniques] (développés plus loin dans ce document) et le modèle à niveaux partagent les caractéristiques suivantes : besoin de liens efficaces; haut degré de confiance et de réciprocité entre les participants; accent mis sur un vaste continuum de gravité; participation de multiples secteurs; divers niveaux de collaboration correspondant aux différents types de besoins et degrés de gravité; distinction entre les initiatives à l'échelle du service et celles à l'échelle du système (p. 2)<sup>171</sup>. De plus, fondés sur les données de recherche ainsi que sur l'expérience et les recommandations du groupe de travail, les six principaux domaines d'action identifiés par le groupe de travail et visant à soutenir les efforts collaboratifs sont : soutien du changement, participation et établissement des liens, dépistage et évaluation, traitement et rétablissement, renforcement de la capacité de collaboration et évaluation<sup>171</sup>.

### 3.3

## TUS et santé physique<sup>xxi</sup>

Un lien existe entre l'alcool et plus d'une soixantaine d'affections différentes, dont des troubles neuropsychiatriques, des troubles gastro-intestinaux, des troubles métaboliques et endocriniens, des pathologies cardiovasculaires et certains cancers<sup>101</sup>. D'après Rhem (2010), la consommation d'alcool augmente le risque d'être affecté par une de ces pathologies et ce risque se trouve plus ou moins accru en fonction de la quantité d'alcool consommée<sup>101, 172</sup>.

Une étude finlandaise ayant examiné la comorbidité des TUS avec des maladies physiques (de même que des troubles mentaux) a trouvé que parmi les personnes qui présentaient un trouble de SPA et qui consultaient dans un service de psychiatrie, environ 99 % avaient un trouble physique concomitant et 65 % un trouble mental. Parmi les troubles physiques, l'intoxication (empoisonnement ou surdose de SPA) était le diagnostic le plus fréquent et concomitant avec un TUS dans 45 % de cas, suivi des problèmes digestifs (41 %), des blessures (38 %) et des maladies du système nerveux ou des troubles du système musculo-squelettique (environ 20 %), entre autres. Les troubles de santé mentale et physique étaient présents chez environ 63 % des personnes aux prises avec un TUS dans cette même étude<sup>173</sup>. Il a été déjà rapporté que lorsqu'il y a présence d'un trouble concomitant, les troubles de santé mentale et de TUS sont susceptibles d'être plus sévères (Ross et coll., 1988; cité par Alaja et coll., 1998)<sup>173</sup>. Dans l'enquête américaine ECA, la comorbidité d'un trouble mental avait tendance à augmenter non seulement la sévérité du TUS-alcool, mais aussi la probabilité d'être affecté par des complications médicales (Lewis et coll., 1996; cité par Alaja et coll., 1998)<sup>173</sup>.

## 47

### LES TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Prévalence, utilisation  
des services et  
bonnes pratiques

<sup>xxi</sup> Des informations et références complémentaires relatives aux maladies chroniques physiques sont détaillées dans d'autres sections du présent document. En ce qui concerne le descriptif des modèles de soins pour les maladies chroniques, le lecteur est invité à se référer à la section V.

L'utilisation de drogues illicites est, quant à elle, liée à certaines maladies infectieuses, telles que le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) causé par le VIH, l'hépatite C et l'hépatite B, en association avec l'utilisation des drogues par injection (tel que déjà indiqué dans d'autres sections). Parmi les UDI, l'ONUSIDA estime au niveau mondial la prévalence du SIDA à environ 20 %, celle de l'hépatite C et de l'hépatite B à respectivement 46,7 % et 14,6 %<sup>12</sup>; estimations toutefois variables avec les régions. Pour le VIH par exemple, cette prévalence se situe entre 50 à 90 % en Europe orientale, en Asie centrale, en Asie orientale et dans les régions du Pacifique; tandis qu'en Amérique du Nord et en Europe occidentale 25 à 50 % des UDI en seraient porteurs. Au Canada, on estimait en 2011 que 16,9 % des personnes vivant avec le VIH étaient des UDI<sup>174</sup>. Les données sur la prévalence du VHC chez les UDI sont encore parcellaires, mais selon les groupes étudiés, ces taux se situent entre 26 et plus de 70 %<sup>175</sup>.

Les premières données québécoises sur la transmission du VIH chez les UDI ont été publiées en 1988. Le taux de prévalence du VIH observé chez des femmes incarcérées ayant fait usage de drogues par injection était de 14,6 %. Par la suite, des taux de prévalence ont été mesurés chez des personnes ayant un TUS et inscrites dans un programme de désintoxication (4,8 % à 8,2 %), des UDI fréquentant les programmes d'échange de seringues (12,2 % à 16,8 % entre 1995 et 2000), des jeunes de la rue faisant usage de drogues par injection (1,8 %), des personnes incarcérées (8 % chez les femmes et 2 % chez les hommes, 16 % chez les injecteurs) et des consommateurs d'opioïdes (12,9 % à Montréal et 11,9 % à Québec). Pour ce qui est du VHC au Québec, les données épidémiologiques bien que sectorielles indiquent des prévalences autour de 60 % parmi les UDI<sup>175</sup>.

### 3.4

## TUS ayant un profil transitoire ou chronique

Ces dernières années, les milieux de la pratique et de la recherche ont par ailleurs établi l'importance de mieux desservir les usagers présentant un profil de TUS à long terme ou chronique. Malgré le fait qu'on estime qu'un pourcentage important des usagers en service de réadaptation au Québec aurait une longue carrière de consommation et de multiples épisodes de soins (ce qui équivaut habituellement à un profil chronique), on connaît peu leur profil clinique et d'utilisation de services. De plus, les services en réadaptation ont été initialement conçus à l'échelle mondiale pour traiter une maladie aiguë et les services offerts aux usagers présentant une problématique à long terme ne seraient donc pas optimaux.

48

LES TROUBLES  
LIÉS À L'UTILISATION  
DE SUBSTANCES  
PSYCHOACTIVES

Prévalence, utilisation  
des services et  
bonnes pratiques

Considéré comme un processus dynamique et complexe, le rétablissement<sup>xxii</sup> des personnes aux prises avec un TUS varie considérablement d'un individu à l'autre. La littérature scientifique montrerait en effet que plusieurs individus ayant consommé des SPA de manière abusive ont réussi à diminuer leur consommation ou bien à interrompre leur utilisation, tandis que pour plusieurs autres les TUS se présentent comme une problématique récurrente et chronique, qui dure parfois pendant plusieurs décennies d'une façon continue ou avec des arrêts ou reprises de la consommation<sup>176</sup>.

Certaines données renforcent l'idée que les TUS constituent pour certains un phénomène transitoire. Dans la littérature scientifique sur les TUS, des taux de rémission spontanée<sup>xxiii</sup> élevés sont rapportés parmi les personnes ayant été dépendantes à une SPA au cours de leur vie<sup>177, 178</sup>. À titre d'exemple, on estime que 56 % des personnes anciennement dépendantes au cannabis ont atteint sans l'aide de traitements leur rétablissement stable (c'est-à-dire une absence de diagnostic d'abus ou de dépendance à toutes les SPA au cours des 12 derniers mois). Ce taux est estimé à 8 % pour une dépendance passée à l'héroïne<sup>177</sup>. Il a aussi été rapporté que jusqu'à 75 % de personnes résolvent leurs problèmes de TUS-alcool sans traitement formel<sup>179</sup>, un taux semblable à ceux retrouvés par Sobell et collègues (1996) dans deux enquêtes canadienne et ontarienne<sup>36</sup>.

Une revue plus récente (White, 2012), examinant 415 études populationnelles et cliniques réalisées dans divers pays entre 1868 et 2011, a conclu qu'en moyenne 49,9 % des adultes, ayant participé aux enquêtes populationnelles et ayant rapporté à un moment de leur vie avoir un TUS-alcool/drogue, indiquent ne plus rencontrer ces critères au moment de l'enquête (moyenne de 53,9 % pour les études publiées à partir de 2000). Parmi les études populationnelles qui avaient rapporté la rémission et l'abstinence, il a été observé qu'en moyenne 43,5 % des usagers adultes avaient diminué leur consommation et 17,9 % étaient abstinents. Enfin, parmi les usagers en traitement pour TUS (population clinique = 276 études), l'analyse réalisée par White (2012) montrerait que le taux moyen de rémission pour un TUS-alcool/drogue était d'environ 47,6 % (moyenne de 50,3 % pour les études publiées à compter de l'année 2000). Lorsque ces études rapportaient la rémission et l'abstinence (n=50), les taux respectifs étaient de 52,1 % et de 30,3 %<sup>179</sup>. En fait, la rémission ici équivaut à l'abstinence ou à la diminution de la consommation à un niveau n'atteignant pas les critères diagnostiques pour un TUS durant une période spécifique habituellement reportée à 12 mois (*période de suivi donc fort courte pour l'évaluation du profil chronique de TUS*). Tel que mentionné

<sup>xxii</sup> Le chapitre V de ce cahier fait un survol sur le phénomène du rétablissement.

<sup>xxiii</sup> En anglais *spontaneous remission, natural recovery, maturing out* et *unassisted change* font référence au même phénomène.



dans la section I, White (2012) indique en accord avec plusieurs autres auteurs que les TUS-alcool/drogues observés dans la population sont en général moins sévères (ex. en termes du nombre d'années de consommation) de même que moins complexes (ex. présence des troubles concomitants) par rapport aux TUS d'usagers qui rentrent en traitement<sup>36, 38</sup>.

Malgré sa fréquence élevée, le phénomène du rétablissement naturel aurait été largement ignoré d'après Sobell et collègues (2000) dans le domaine de la dépendance jusqu'au début des années 1990<sup>180</sup>. Même si, de nos jours, le rétablissement naturel est reconnu comme une voie « légitime et documentée » par de prestigieux organismes tels que l'*Institute of Medicine* et l'APA<sup>180</sup>, peu de connaissances existent au regard de caractéristiques des personnes qui s'en sortent par elles-mêmes et les études qui s'intéressent à ce phénomène semblent rencontrer encore plusieurs lacunes méthodologiques (ex. défis au niveau de la définition opérationnelle du rétablissement, peu d'études longitudinales ayant un suivi notamment supérieur à 5 ans pour évaluer si le rétablissement se maintient dans le temps, etc.)<sup>37, 180, 181</sup>.

Transitoire chez certains, le TUS peut constituer pour plusieurs un problème au long cours, caractérisé par des périodes d'abstinence, de rechutes et de multiples épisodes de traitement, ce qui constitueraient la norme plutôt que l'exception<sup>182, 183</sup>. Plus de la moitié des personnes qui se rétablissent d'une dépendance aux SPA sévère et persistante le font après de multiples épisodes de traitement s'échelonnant sur plusieurs années<sup>184</sup>, ou plus de la moitié des usagers en traitement requièrent de multiples épisodes de traitement sur un longue période de temps pour pouvoir atteindre et maintenir leur rétablissement (Dennis et coll., 2005; Dennis et coll., 2007; cité par Dennis et coll., 2007)<sup>185</sup>. McKay et collègues (2009) mentionnent que certains chercheurs ont utilisé le terme « carrières d'addiction » ou « carrières de traitement » (*addiction/treatment careers*) pour illustrer les patterns de consommation de SPA et de réadmission en traitement à répétition dans des études qui ont suivi des cohortes d'usagers pour au moins une décennie ou plus<sup>73</sup>.

Plusieurs études montrent ainsi l'existence d'un profil de TUS chronique. Dennis et collègues (2005) ont étudié la durée des carrières de consommation et de traitement d'une cohorte de 1271 adultes recrutés dans la région de Chicago et admis dans différents programmes de 22 centres de traitement, en prenant en considération l'âge lors de la première consommation, l'âge lors du premier traitement et l'âge lors de l'atteinte de la rémission (abstinence durant plus de 12 mois)<sup>186</sup>. Le temps médian entre la première consommation de SPA et la première année complète d'abstinence était de 27 ans. Le délai médian entre la première admission en traitement à vie et la première année complète

d'abstinence était de 9 ans, traversant en moyenne de 3 à 4 épisodes de soins. De plus, durant les trois années suivant leur admission, 53 % de cet échantillon n'a pas atteint 12 mois d'abstinence<sup>186</sup>.

Dans l'étude de Grella et collègues (2003), des résultats similaires ont été obtenus dans un échantillon de 347 personnes avec des problèmes de dépendance à la cocaïne. En effet, près de 44 % sont retournées en traitement, en moyenne 2,6 ans après le premier traitement suite à une rechute. La majeure partie des personnes qui sont entrées à nouveau en traitement a subi en moyenne 2,7 traitements supplémentaires durant une période de cinq ans suivant la fin de leur traitement<sup>187</sup>. Quand les issues des traitements ne sont pas examinées par la moyenne du groupe, mais par individu, entre 25 à 50 % connaissent des cycles d'abstinence et de consommation importante durant la période de suivi<sup>73</sup>. D'après une autre étude américaine, près des deux tiers des personnes commençant un traitement dans un service de réadaptation avaient déjà eu un ou plusieurs épisodes de soins par le passé, dont 22 % avec trois admissions et plus et 19 % avec cinq et plus<sup>188</sup>. On estime également que parmi les personnes quittant un traitement pour la dépendance aux SPA, entre 25 % et 35 % seront réadmis en traitement à l'intérieur d'une année, et près de la moitié sera réadmise à l'intérieur de deux à cinq ans<sup>184</sup>. À titre d'exemple, on remarque qu'un peu moins de la moitié des usagers traités pour la dépendance à la cocaïne reviendront en traitement après une durée moyenne de 2,6 ans<sup>189</sup>.

Selon des données plus récentes tirées du *Treatment Episode Data Set (TEDS)*<sup>xxiv</sup> aux États-Unis, près de deux tiers (59,5 %) des 1 591 019 Américains âgés de 12 ans admis dans un centre de traitement en dépendance en 2012 avaient eu au moins 1 épisode de traitement ou plus par le passé (soit 21,8 % qui avaient eu 1 seul épisode; 12,5 %, 2 épisodes; 7,6 %, 3 épisodes; 4,3 %, 4 épisodes; et 13,4 %, 5 épisodes de traitement) (annexe 3, tableau 1)<sup>xxv, 190</sup>. Le type de service utilisé et le type de SPA primaire utilisée selon le nombre d'épisodes sont présentés en forme de tableau dans l'annexe 3 (tableau 1-3).

L'ensemble de ces études suggère donc l'existence d'un profil de TUS chronique au moins pour une partie importante des usagers. Par ailleurs, au-delà de

<sup>xxiv</sup> En général, les établissements qui doivent déclarer ces informations à leurs agences (*State Substance Abuse Agency- SSA*) sont ceux qui reçoivent des fonds publics ou ont obtenu une licence/certification de leur SSA pour offrir des services en dépendance.

<sup>xxv</sup> Le nombre d'admissions signalées peut surestimer le nombre d'épisodes de traitement. L'objectif de TEDS est d'énumérer les épisodes de traitement en distinguant l'admission initiale d'un usager de son transfert ultérieur à un type de service différent dans un seul épisode de traitement continu. Toutefois, ceci nécessite que les usagers soient identifiés avec un *ID* ou identifiant unique qui peut être reconnu entre les divers fournisseurs; et certains États ne sont pas juridiquement et/ou technologiquement capables de le faire lorsqu'un changement de service est fait entre différents fournisseurs. Dans ce cas, certains dossiers d'admission peuvent en fait représenter des transferts.

ce constat, plusieurs études montrent que les usagers présentant un profil chronique ne constituent pas un ensemble homogène. Une étude de Kelly et White (2011) a permis de suivre la trajectoire d'utilisation des usagers aux prises avec un TUS à l'héroïne, à la cocaïne et à la méthamphétamine pendant 10 ans après le début de leur consommation. Bien que l'on constate que les patterns en termes de fréquence d'utilisation varient selon la SPA consommée (presque quotidienne dans le cas d'un TUS aux opiacés et plutôt épisodique pour un TUS aux stimulants), les usagers ont bien souvent persisté dans l'utilisation des SPA sur de longues périodes (au moins durant les 10 ans de suivi de l'étude). Ceci viendrait confirmer encore une fois le caractère chronique de cette problématique tout en nous indiquant qu'il peut exister des profils chroniques de nature différente selon la SPA consommée<sup>191</sup>.

À partir d'analyses de *grow mixture modelling* et d'un grand échantillon de personnes aux prises avec une dépendance (CALDAR *longitudinal dataset* N=1797), Kelly et White (2011) ont pu déceler plusieurs groupes hétérogènes de trajectoires de consommation de SPA parmi la population suivie : ceux qui ont poursuivi la consommation pendant de longues périodes de temps, mais à des niveaux relativement faibles (en moyenne moins d'une fois par mois; 5 % de l'échantillon) ou modérés (environ 5 jours par mois; 35 %); ceux qui ont diminué leur consommation (14 %) ou l'ont augmenté (14 %); et finalement ceux qui ont persisté à consommer d'une manière importante (15 jours par mois; 30 %) même pendant des décennies.

Il semble enfin que, parmi ceux qui recommencent à consommer après un effort d'abstinence, moins de la moitié ne reviennent pas à la consommation à un niveau diagnostique de dépendance, dans les suivis de moins de 5 ans<sup>37</sup>.

L'existence de profils de TUS chroniques étant de plus en plus mise en lumière par les études, certains chercheurs s'intéressent par ailleurs aux similitudes de ces profils avec d'autres maladies chroniques. Partant du postulat que le TUS ressemble plus à une maladie chronique, McLellan et collègues (2000) ont réalisé une revue de la littérature comparant le TUS à trois maladies chroniques (diabète de type 2, hypertension et asthme) et ce, du point de vue des aspects suivants : le diagnostic, l'hérédité génétique, l'étiologie (génotype/phénotype), la physiopathologie et l'observance au traitement (adhésions et rechutes)<sup>192</sup>.

Les TUS sévères partagent certaines similarités avec ces maladies chroniques, à savoir l'hérédité et d'autres facteurs de risque personnels, familiaux et environnementaux; la possibilité d'être dépisté et diagnostiqué avec des outils conçus à cet effet (questionnaires, *check-lists*); l'existence de traitements médicamenteux pour traiter ces problèmes de santé (pour le tabac, l'alcool et les

opiacés mais non pour les stimulants et le cannabis); et le fait que les effets du traitement sont optimisés lorsque les usagers reçoivent des soins en continuité et un suivi sans limites ou restrictions. Ces auteurs mentionnent qu'il est essentiel d'adapter pour les TUS des stratégies de suivi telles qu'utilisées pour les soins d'autres maladies chroniques<sup>192</sup>. Les ressemblances entre les TUS et les maladies chroniques mentionnées préalablement, tant au niveau de l'évolution de la problématique comme des résultats du traitement, est également évoqué par d'autres auteurs (Dennis & Scott, 2007; Tims et coll, 2001; cité par McKay, 2009)<sup>73</sup>.

### Définition et caractéristiques du profil chronique

Tel qu'indiqué dans la section précédente, le profil chronique de dépendance se caractériserait par des épisodes répétés de traitement sur plusieurs années, d'arrêts plus ou moins prolongés de consommation et de rechutes<sup>37</sup>. Toutefois, à notre connaissance, il n'existerait pas dans la littérature actuelle une définition opérationnelle du TUS « chronique » en termes de nombre d'années de consommation, d'épisodes de consommation ou de durée d'épisodes de traitement.

Quelques caractéristiques sembleraient être associées au profil chronique de TUS. On remarque que le fait d'être de sexe masculin, d'avoir commencé en bas âge la consommation de SPA, de cumuler un plus grand nombre d'années de consommation régulière, de rapporter une histoire « d'échec » de traitements préalables, de présenter une dépendance plus sévère et plus complexe (ex. : polytoxicomanie) de même que des troubles psychiatriques concomitants<sup>182, 187, 193</sup> sont autant d'éléments associés à une plus grande probabilité d'être devant un profil chronique de TUS.

Les personnes ayant un profil chronique de TUS représenteraient un pourcentage élevé des « grands utilisateurs » des services en dépendance<sup>194</sup>. Les usagers recevant des services en dépendance (populations cliniques) se différencient des personnes aux prises avec une problématique de SPA dans la population générale par la présence d'une vulnérabilité plus grande (ex. : antécédents familiaux des TUS, début de la consommation problématique dès un jeune âge, trauma et victimisation), d'une problématique plus sévère et complexe (ex. : polyconsommation, polydépendance, utilisateurs des drogues par injection et présence des troubles concomitants de santé mentale) et d'un faible « capital de rétablissement » (initiation du rétablissement interne et externe et maintien des actifs)<sup>194</sup>.

Une définition de la chronicité pourrait s'avérer essentielle pour faire avancer la recherche dans le domaine de TUS et entre autres pour étudier les indicateurs précoces du risque de récurrence. La difficulté de poser une telle définition et de cerner l'ampleur de la chronicité dans le programme-services Dépendances est à mettre en lien avec le peu d'études longitudinales existantes sur les trajectoires d'utilisation des SPA et le fait que dans la majeure partie de la littérature, l'impact du traitement ne se mesure généralement pas au-delà d'une période d'un an<sup>xxvi</sup>. À titre d'exemple dans un autre domaine, même si des critères ont été établis depuis quelques décennies afin de mieux cerner la dépression majeure (DM) en termes de récurrence, ces définitions suscitent encore plusieurs questionnements et des experts font état d'une confusion terminologique, de lacunes dans la recherche pour tester ces définitions et de l'absence d'une véritable réflexion critique autour de définitions et de leurs implications pour la recherche et la clinique<sup>196</sup>.

### Offre de services tenant compte du profil chronique

Concevoir le TUS comme un trouble chronique viendrait à redéfinir de manière fondamentale la façon dont la problématique est comprise de même que les services qui devraient être proposés aux usagers<sup>35, 176</sup>.

Aux États-Unis, plusieurs efforts seraient actuellement mis de l'avant afin d'offrir des traitements en continu et d'évaluer si les services en dépendance traitent efficacement la problématique à caractère chronique<sup>191</sup>. Un rapport américain fait état d'une évolution intéressante à cet effet, se produisant depuis ces dernières années dans le milieu de la dépendance<sup>194</sup>. Ainsi, on assiste à un virage de l'approche de soins aigus vers un modèle de gestion du rétablissement ou *sustained recovery management* qui devrait procurer du soutien à long terme aux usagers avec un profil chronique de TUS. Le modèle de soins aigus actuellement dominant dans le traitement des TUS se caractérise par un focus sur les crises, des interventions brèves à l'intérieur de plusieurs épisodes de soins isolés ciblant principalement la diminution des symptômes et visant souvent l'abstinence. Les démarches de réadaptation sont envisagées comme des processus linéaires au cours desquelles on s'attend à ce que les traitements résolvent de manière permanente le TUS<sup>194</sup>. En effet, selon McLellan et collègues (2000; cité par Dennis et coll, 2008), l'approche traditionnelle de maladie aiguë est à l'origine de l'idée que « les usagers qui suivent un traitement devraient être capables de guérir et de maintenir leur abstinence à vie après un seul épisode de traitement ». Aux États-Unis, cette vision fait en

---

<sup>xxvi</sup> À cet effet, dans le cadre d'une évaluation des technologies et des modes d'intervention (UETMI), une revue systématique de la littérature est actuellement en cours au CRDM-IU portant sur les modèles et modalités d'offre de service pour les adultes aux prises avec un TUS et ayant un historique de multiples réadmissions en traitement ou rechutes. À partir des modèles qui découleront de ces travaux, un autre objectif sera de tenter d'opérationnaliser une définition de la chronicité du TUS en termes de durée, de nombre de rechutes, de nombre d'épisodes de soins, etc. <sup>195</sup>.

sorte que les montants des budgets en santé alloués au programme-services Dépendances sont limités et les couvertures des régimes d'assurance restreintes. Ce modèle entraîne aussi de l'incompréhension chez les proches d'utilisateurs et du public en général face aux rechutes, qui constituent pourtant plus souvent la norme plutôt que l'exception chez les TUS<sup>185</sup>. La transition d'un modèle de soins aigus à chroniques représenterait « un point tournant qui révolutionne la façon dont les responsables de la santé comprennent les TUS, et par conséquent amènerait à modifier les services et les systèmes dans ce domaine » (p. v)<sup>194</sup>. Les conditions aiguës devraient se distinguer de celles susceptibles d'être plus permanentes ou de longue durée selon certains auteurs (Perrin et coll., 1993; cité par White et coll., 2008), et le modèle de soins chroniques développé pour la prise en charge de ces dernières conditions vise à permettre aux utilisateurs à mieux se prendre en charge par l'autosurveillance ou l'autogestion de leur condition, dans un contexte où les professionnels sont plutôt positionnés comme des alliés et des consultants de la démarche de rétablissement au long court des utilisateurs (Wagner et coll., 2001; Bodenheimer et coll., 2002; cité par White et coll., 2008). White et collègues (2008) signalent néanmoins que le fait de caractériser les TUS comme étant une maladie chronique ne signifie pas que « tous les TUS ont un parcours à long terme qui nécessite un traitement formel, et que la rémission n'est pas possible » (p. 6)<sup>194</sup>.

Le glissement vers une prise en considération des TUS comme une problématique chronique pour une partie des utilisateurs a donc permis de voir émerger des modèles de gestion du rétablissement qui s'appliquent à plusieurs niveaux : à un niveau « macro » d'organisation des soins et services (on parlera alors d'organisation de soins et services orientés vers le rétablissement à long terme) et à un niveau plus circonscrit aux stratégies d'intervention et d'offre de service pour lesquelles la gestion du rétablissement constitue alors un cadre philosophique permettant d'envisager une certaine façon d'organiser le traitement en dépendance<sup>194</sup>.

En envisageant davantage les TUS comme un problème chronique, une organisation de services orientée vers une gestion à long terme du rétablissement devrait être axée sur plusieurs aspects : a) l'accessibilité au traitement, des mécanismes de détection et d'évaluation précoces, b) une offre de service basée sur l'intégration de stratégies d'intervention diversifiées et multidisciplinaires, c) une adaptation des interventions à la nature et l'intensité du TUS et des besoins de l'utilisateur, d) des méthodes d'intervention plus proactives (basées sur l'évaluation continue, la prévention des rechutes, des réinterventions rapides), e) une prise en considération de l'environnement de la personne (particulièrement pour la phase post-traitement) et un arrimage avec les autres dispensateurs de services potentiels<sup>2, 37, 73, 187, 192, 197, 198</sup>. Basés sur ces principes, plusieurs services et modèles de traitement prometteurs ont émergé au cours des dernières années. Dennis et Scott (2012) ont par exemple expérimenté un protocole de réintervention

précoce basée sur une stratégie de monitoring du rétablissement (*recovery management checkups*) sur un groupe de 446 adultes suivis pendant quatre ans. On a constaté une réduction du délai de réadmission après une rechute, une plus grande exposition au traitement (fréquence des traitements et nombre de jours de traitement plus élevés) et une diminution des problématiques associées à la consommation<sup>199</sup>.

Dans le même esprit, on peut également nommer le protocole TALER (pour *Tracking, Assessing, Linking, Engaging et Retaining*) qui est défini comme un protocole de gestion du TUS en tant que problématique chronique. Basé également sur le monitoring du rétablissement, il a démontré des résultats autour des mêmes paramètres que ceux de l'étude de Dennis et Scott<sup>176</sup>. Au Québec également, l'enjeu des modèles et modalités d'intervention autour des usagers ayant un TUS considéré comme chronique est une préoccupation de plus en plus importante pour les dispensateurs de services et les instances de gouvernance<sup>200</sup>.

## UTILISATION DES SERVICES POUR LES TUS ET PERSÉVÉRANCE AU TRAITEMENT

Lorsqu'il est question des problèmes de santé, l'utilisation des services est un facteur important qui exerce une influence sur le cours de la maladie et peut favoriser la rémission. Dans le domaine des TUS, l'ampleur exacte de l'utilisation des services ou des besoins non comblés demeure encore grandement méconnue. En effet, peu de recherches se sont penchées sur la question de l'utilisation des services pour les personnes ayant des TUS. Le peu d'études existantes sont soit incomplètes, soit controversées en raison des difficultés méthodologiques (manque de définition commune sur les substances à considérer comme SPA, manque de différence claire entre abus et dépendance aux SPA)<sup>201-204</sup>. Un autre fait marquant est que les travaux portant sur l'utilisation des services en santé traitent majoritairement les SPA comme étant un problème concomitant à la santé mentale, et non comme un élément à part, déclencheur des besoins de service<sup>205</sup>. Ceci limite la portée des recommandations potentielles des études, étant donné que les facteurs influençant l'utilisation des services en santé mentale peuvent être différents de ceux influençant l'utilisation pour un TUS. Par exemple, alors que l'absence de l'assurance maladie est souvent rapportée dans des études comme étant une barrière à l'utilisation des services en santé mentale aux États-Unis<sup>206-208</sup>, les recherches portant sur l'utilisation des services pour raison de consommation de SPA en trouvent moins d'associations<sup>205, 209</sup>. Mieux comprendre les facteurs associés à l'utilisation des services chez les personnes aux prises avec un TUS est ainsi important pour évaluer adéquatement leurs besoins non comblés et développer des initiatives pour faciliter, encourager et améliorer l'accessibilité, l'utilisation des services et la persévérance en traitement par cette population selon les besoins.

### 4.1

## Historique du programme-services Dépendances au Québec : du modèle moraliste au modèle biopsychosociale

Si la compréhension des TUS s'est transformée au cours du dernier siècle, il en va de même pour les modèles d'intervention qui en découlent<sup>21</sup>.

Au début du XIX siècle, la compréhension du TUS-alcool était grandement influencée par l'Église et la prise en charge des personnes qui en souffraient adhérait en conséquence à une vision morale de la problématique, dont le TUS était perçu comme une faute morale ou un péché. Le clergé catholique crée ainsi les cercles Lacordaire qui étaient néanmoins ouverts pour toute personne souhaitant



s'engager à ne pas consommer de l'alcool, indépendamment de l'existence ou non d'un TUS. Dans les années 1950, la conception moraliste de la problématique évolue d'après Landry et Mercier (2003; cité par Tremblay et coll., 2004) vers une « notion de maladie » au Québec et l'association entre les prêtres de Lacordaire et des médecins donnait naissance à une première maison de désintoxication<sup>21</sup>. Fondée par le père Ubald Villeneuve, cette maison a donné naissance à d'autres centres connus sous le nom de centres Domrémy (Montréal, Trois-Rivières et Sherbrooke). La médicalisation des soins en dépendance se poursuit au début des années 1970 en particulier sous l'influence du Dr André Boudreau, au sein de l'Office de prévention de l'alcoolisme et de la toxicomanie, qui a notamment contribué à la publication d'un document visant à diffuser les connaissances scientifiques pour « instruire les milieux cliniques » (p. 11) (Boudreau, 1972; cité par Tremblay et coll., 2004)<sup>21</sup>.

Les cercles Lacordaire seront progressivement supplantés, selon Landry et Mercier (2003; cité par Tremblay et coll., 2004), par les Alcooliques Anonymes (AA), mouvement d'entraide mutuelle fondé aux États-Unis et introduit au Québec par la population anglophone et protestante. Ces auteurs mentionnent qu'une alliance va se bâtir « plus naturellement » entre ce mouvement et les centres Domrémy, car ils partagent notamment leur vision de la problématique du TUS-alcool comme une maladie et leurs interventions peuvent être considérés comme complémentaires. Si les AA offrent des services disponibles sans limite par des pairs de la communauté des alcooliques dans leur milieu de vie, les professionnels de la santé de Domrémy offrent des services ponctuels et limités dans le temps, qui se sont graduellement professionnalisés, principalement des médecins omnipraticiens et psychiatres, pour offrir fondamentalement des soins médicaux<sup>21</sup>.

Au début des années 1970, les pouvoirs publics s'appuient sur une vision d'ensemble des services sociaux, des services de santé et de la sécurité du revenu pour créer le ministère des Affaires sociales qui résulte de la fusion du ministère de la Santé et de celui de la Famille et du Bien-être social (qui laissera place au MSSS en 1985). Cependant, l'ampleur de ce ministère et de ses mandats va peu à peu faire émerger un besoin de coordination des services sociaux et de santé sur l'ensemble du territoire. Dans un contexte de régionalisation administrative, plusieurs des mandats du ministère des Affaires sociales seront donc confiés aux conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS)<sup>21, 210</sup>.

En complémentarité avec les services de santé déjà déployés au Québec, « un réseau complet d'établissements à caractère principalement social est alors créé » (p. 11)<sup>21</sup>. En parallèle, une vague de démedicalisation du traitement de l'alcoolisme, propulsée par des résultats d'études montrant que le traitement ambulatoire

est aussi efficace et moins coûteux que le traitement interne, va conduire graduellement à une offre de services à prédominance ambulatoire. Les unités hospitalières continueront cependant à offrir des services de désintoxication pour « les personnes dont le sevrage peut être accompagné de complications » (Landry et Mercier, 2003; cité par Tremblay et coll., 2004)<sup>21</sup>.

Tremblay et collègues (2004) mentionnent que cette période des années 1970 est marquée également par l'influence de Dollard Cormier qui enrichit et complexifie la conceptualisation des TUS en ajoutant des composants psychosociaux « sans pour autant écarter l'aspect médical » de cette problématique. Ces auteurs mentionnent également que d'autres interventions se sont ajoutées comme la philosophie de réduction des méfaits proposée comme réponse aux préoccupations de la santé publique en lien avec l'accroissement des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) et l'existence des données démontrant l'efficacité des interventions brèves et permettant l'acquisition d'habitudes de consommation saines<sup>21</sup>. Ces auteurs concluent que « ces changements d'objectifs d'intervention s'apparient aux changements des modèles conceptuels qui sont passés d'un modèle plutôt moraliste, à une conception médicale, ensuite plutôt psychosociale et récemment biopsychosociale » (p. 12)<sup>21</sup>.

## 4.2

### Principaux dispensateurs du programme-services Dépendances

Au Québec, la gestion des TUS et des usagers à risque relève du programme-services Dépendances sous la Direction des dépendances et de l'itinérance du MSSS, intégré aux Services sociaux; à l'opposé de la santé mentale qui relève des Services de santé. Plusieurs documents d'orientation élaborés par le MSSS ont contribué à baliser les services et les actions intersectorielles dans le programme-services Dépendances, notamment: les Orientations en prévention de la toxicomanie (2001), le Plan d'action gouvernemental sur le jeu pathologique (2002-2005), le Plan d'action interministériel en toxicomanie (2006-2011) et l'Offre de services en dépendance (2007-2012, reconduite jusqu'en 2015). À ce jour, le MSSS travaille à l'élaboration de nouvelles orientations en dépendance<sup>21</sup>.

Avec à peine 0,32 % des dépenses allouées à la santé et aux services sociaux reliées au programme-services Dépendances, ce dernier est le moins financé parmi les neuf programmes-services existants<sup>3</sup>. De ce financement, 5 % seulement vont aux centres de santé et de services sociaux (CSSS), 80 % aux CRD, et 15 % aux

ressources privées ou communautaires certifiées<sup>xxviii, 211, 212</sup>.

Les principaux dispensateurs du programme-services Dépendances sont les CRD, ayant une mission régionale, incluant plusieurs points de services. Si au départ, les CRD étaient disséminés dans le territoire québécois (auparavant appelés centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes), ils se sont progressivement rassemblés par l'entremise de l'Association des centres d'accueil du Québec en 1974, et par le biais de la Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (FQCRPAT) en 1993. Selon Tremblay et collègues (2004), la FQCRPAT aurait « favorisé le développement de mécanismes d'échanges vitaux à la préservation et au développement de la qualité des services offerts à la population par les centres » (p. 12)<sup>21</sup>. Actuellement nommée : Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ), cette dernière regroupe 16 CRD du Québec, répartis dans l'ensemble des régions administratives de la province et des membres associés ou ressources d'hébergement associées, soit des établissements publics communautaires<sup>213</sup>. Les CRD offrent des services spécialisés de réadaptation gratuits à environ 55 000 Québécois, jeunes ou adultes, ayant « des problèmes sévères d'abus et de dépendance à l'alcool, aux drogues ou aux jeux de hasard et d'argent ». Ils offrent plus concrètement « des services d'accueil, d'évaluation et d'orientation, des services de désintoxication, des services de réadaptation en externe ou avec hébergement, des services de soutien à l'entourage, des traitements de substitution et de la réinsertion sociale »<sup>213</sup>. Les services spécialisés de deuxième ligne offerts par les CRD sont des services orientés vers des individus ayant un TUS, et auxquels les usagers accèdent principalement à la suite d'une recommandation professionnelle, bien que tel qu'indiqué par Tremblay et collègues (2004), « les personnes puissent y avoir recours directement » (p. 17)<sup>21</sup>.

L'expertise de pointe développée au fil des ans par les CRD leur permet de jouer un rôle de pivot, au sein de chaque région, en permettant aux divers partenaires du milieu (ex. : réseau local, milieu scolaire, centres jeunesse, milieu judiciaire) d'utiliser leurs services, aussi bien pour de la prise en charge conjointe d'usagers que pour y chercher conseil et formation au sujet de l'intervention dans le domaine. Les services de désintoxication, nécessaires pour les personnes présentant une dépendance physiologique à certaines SPA, viennent compléter la gamme de services offerts par les CRD. Sur la base de l'échelle définie par l'ASAM qui précise

<sup>xxviii</sup> Afin de favoriser une prestation de services de qualité auprès des personnes aux prises avec un TUS ou jeu pathologique, les ressources privées et communautaires offrant de l'hébergement pour TUS ou jeu pathologique doivent être certifiées. La certification est valide pour une période de 3 ans et la ressource doit faire une demande de renouvellement. Les ressources visées plus précisément sont « les lieux d'accueil où sont offerts des services de gîte ainsi que des services de soutien pouvant prendre diverses formes, soit la thérapie, la réinsertion sociale, l'aide et le soutien à la récupération à la suite d'une intoxication et l'aide et le soutien à la désintoxication, et ce, dans le cadre d'une intervention individuelle ou de groupe en toxicomanie ou en jeu pathologique ».

l'intensité de soins requis selon la gravité du sevrage (niveaux I à IV), les CRD peuvent offrir une désintoxication avec hébergement allant jusqu'au niveau III. Ce type de service assure un suivi infirmier 24/7, une supervision médicale et un accompagnement par du personnel psychosocial<sup>21</sup>.

D'autres dispensateurs travaillent en collaboration avec les CRD et complètent le programme-services Dépendances. En continuité avec les services de désintoxication dispensés dans les CRD, les centres hospitaliers habilités assurent pour leur part une désintoxication avec hébergement sous supervision médicale intensive pour les personnes présentant des symptômes de sevrage sévères<sup>21</sup>. Mentionnons ensuite les services de première ligne pour lesquels l'offre de service du MSSS est venue camper les rôles des Centres locaux de services communautaires (CLSC) relativement à « la détection, le suivi psychosocial et médical (ou intervention précoce) et l'orientation aux ressources appropriées, auprès des usagers à risque et stabilisés après un suivi en ressources spécialisées »<sup>211</sup>. Un intervenant pivot en dépendance a été introduit dans plusieurs CSSS du Québec, jouant un rôle de soutien auprès des équipes cliniques des programmes-services. Il serait parfois associé aux équipes de santé mentale constituées depuis 2005, et intégrerait des fonctions de réseautage auprès des ressources de son réseau local<sup>211</sup>.

Les ressources privées ou communautaires certifiées dont 91 sont en opération pour les problématiques de TUS-alcool et drogues et 22 pour les jeux de hasard et d'argent, offrent également « des services de prévention, d'aide et de soutien à la réadaptation, à la réinsertion sociale et à la désintoxication »<sup>214</sup>.

Enfin, concernant les groupes d'entraide, selon nos informations on décompte 1385 groupes d'AA, 264 groupes de Narcotiques Anonymes (NA) et 31 groupes de Cocaïnomanes Anonymes. Parmi les professionnels de la santé, environ 301 psychologues et psychothérapeutes sont en mesure de répondre aux consultations pour un TUS-drogue et 213 pour un TUS-alcool selon le répertoire de l'Ordre de psychologues du Québec, tandis que le nombre de médecins généralistes qui font un suivi pour ce type de problématique est méconnu – néanmoins, certaines études rapportent que les TUS ne seraient pas la clientèle de prédilection choisie par les médecins de famille<sup>215-217</sup>.

Depuis 2007, un Institut sur les dépendances a été institué (CRDM) ayant comme mission de contribuer au développement et à la dispensation de services de pointe, à la formation des professionnels du réseau, à la recherche et à l'évaluation des modes d'intervention en dépendance. Enfin, l'ACRDQ, l'Association des intervenants en toxicomanie du Québec (AITQ) et l'Association québécoise des centres d'intervention en dépendance (AQCID) jouent un rôle clé dans le développement des connaissances ainsi que de la promotion de la qualité des

services et la mobilisation en dépendance. L'ACRDQ a publié près d'une dizaine de guides des meilleures pratiques, notamment sur le jeu pathologique, l'évaluation spécialisée et les troubles concomitants (voir section V : guides de pratique).

### 4.3

## Portrait de l'utilisation des services pour les personnes ayant un TUS

Les études populationnelles montrent qu'une très faible proportion des personnes ayant des TUS utilise les services. Des analyses réalisées par Wu et collègues (2003) à partir des données américaines du *National Household Survey on Drug Abuse* indiquent que 8 % des personnes ayant un TUS avaient rapporté utiliser en 1997 les services de santé (ex. médecins, psychiatres) ou des traitements spécialisés en réadaptation pour un TUS<sup>209</sup>. Chez les personnes ayant un trouble concomitant de santé mentale et des TUS, une autre étude réalisée en 1997-1998 révèle qu'entre 70 et 80 % n'utilisaient pas les services de santé spécialisés de réadaptation<sup>218</sup>. En 2002 (ESCC), 9,4 % de tous les Canadiens ont reçu de l'aide pour des troubles mentaux, incluant les TUS, au cours des 12 mois précédents l'enquête. Ceci correspond à près de 14 % avec des TUS uniquement, à 51 % ayant des troubles concomitants (TUS-troubles mentaux associés) et à 44 % avec essentiellement des troubles mentaux courants. Des individus avec TUS, 6,2 % ont utilisé les services d'un omnipraticien, 1,8 % d'un psychiatre, 2,3 % d'un psychologue et 4,8% d'un travailleur social. Ceux avec des troubles concomitants ont plutôt utilisé à 34,6 % les services d'un omnipraticien (dont 27 % uniquement), à 16,1 % le psychiatre, à 11 % le psychologue et à 15,1 % le travailleur social. Selon l'ESCC 2002, le nombre moyen d'utilisation de services pour 12 mois était de 1,8 % pour les individus avec des TUS uniquement, comparés à 2,3 % pour les troubles concomitants et 2,0 % pour les troubles mentaux uniquement<sup>219</sup>.

Concernant les services des CRD dans l'ensemble du Québec, ils rejoindraient 10 % des individus avec des TUS, ce qui est comparable à ce qui existe ailleurs, incluant les États-Unis. Selon l'ACRDQ, 60 % des usagers des CRD consultent pour des problèmes d'abus ou de dépendance à la drogue, 20 % pour l'alcool et 7 % pour un problème de jeu. Près de 13 % des consultations concernent les services offerts aux membres de l'entourage. De plus, 60 % sont des hommes et près de 30 % sont des jeunes de 24 ans et moins. La grande majorité (90 %) reçoivent des services sur une base ambulatoire, en services externes<sup>220, 221</sup>. L'analyse des patterns d'utilisation des services par les usagers des CRDM-IU en 2004-2005 basée sur des données administratives démontrent, en opposition aux études populationnelles, une utilisation élevée des services de santé. Sur 5 331 usagers du CRDM-IU, plus de 98 % avaient effectué en moyenne plus de deux visites par mois chez le médecin (toute raison médicale confondue). Dans l'ensemble, 46 %

des usagers avaient consulté pour un TUS à raison de 0,5 visite en moyenne par mois, alors que 34 % avaient été hospitalisés et 22 % avaient consulté les urgences hospitalières en moyenne deux fois au cours des deux années à l'étude. Plus de 36 % des usagers avaient reçu un diagnostic de TUS et troubles mentaux concomitants<sup>222</sup>.

Mentionnons d'autre part que dans la littérature sur les urgences hospitalières, une forte proportion des individus avec des TUS, troubles mentaux et troubles concomitants se classent parmi les « grands utilisateurs » de services de santé. Ces derniers, qui représentent environ 5 à 10 % de la population des urgences, consomment un nombre disproportionné de services de santé, généralement entre 20 à 50 % des services<sup>223, 224</sup>. Une étude récente portant sur 4 408 québécois ayant eu en 2006-2007 un diagnostic concomitant de TUS et de schizophrénie indique que 72 % d'entre eux avaient effectué au moins une visite à l'urgence durant l'année, et 17 % des visites avaient été effectuées par 5 % de ces usagers, soit une moyenne de plus de six visites par usager<sup>225</sup>. Au Manitoba (Canada), une étude menée en 2004 auprès de 105 687 adultes ayant utilisé les services d'urgence dans la région sanitaire de Winnipeg a révélé que 67,3 % des usagers avec un diagnostic de TUS avaient effectués 18 visites et plus aux urgences tandis que 35 % avaient utilisé entre 7 et 17 visites au cours de la dernière année<sup>226</sup>.

## 4.4

### Déterminants de l'utilisation des services

Différents modèles conceptuels ont été proposés pour étudier les déterminants de l'utilisation des services en santé<sup>227-232</sup>. Pour certains auteurs, les facteurs qui influencent l'utilisation des services peuvent être regroupés en cinq grandes catégories : l'état de santé et les besoins de soins, les caractéristiques démographiques de l'utilisateur, la disponibilité du professionnel de santé, les caractéristiques organisationnelles des services de santé et les mécanismes de financement du recours aux soins<sup>233</sup>. Les deux modèles les plus cités sont le modèle de changement de comportement en santé – le *Health Belief Model* de Rosenstock<sup>234, 235</sup>, et le modèle comportemental – *Behavioral Model* proposé par Andersen<sup>236, 237</sup>. Le modèle de choix (*Choice-Making model*) développé par Young et collègues (1982) à partir d'une étude ethnographique au Mexique est une rencontre entre ces deux modèles<sup>238</sup>. Selon le modèle de Young et collègues, l'utilisation des services de santé est déterminée par la gravité de la maladie (*gravity of illness*), la connaissance d'un centre de santé (*Knowledge of home treatment*), de la confiance au traitement (*Faith in treatment*) et de l'accès au traitement (*Access to treatment*).

Néanmoins, le modèle comportemental d'Andersen serait le plus élaboré et complet pour mieux analyser les déterminants de l'utilisation des services<sup>239, 240</sup>.

## 63

### LES TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Prévalence, utilisation des services et bonnes pratiques

Avec ce modèle, l'auteur voulait apporter une explication plausible à la variation de l'utilisation des services de santé par les ménages américains. Tandis que la plupart des études théoriques et empiriques sur l'utilisation des services de santé mettaient jusque-là l'accent sur les caractéristiques individuelles en négligeant l'impact sociétal, Andersen considère plutôt l'utilisation des services de santé comme un fait comportemental. Selon lui également, tout fait comportemental s'explique par une interaction entre les caractéristiques familiales et les caractéristiques de l'environnement social.

Originellement conçu autour de la famille comme unité d'analyse, le modèle d'Andersen a fait l'objet de critiques conduisant à un changement graduel, mais substantiel de sa formulation initiale<sup>241, 242</sup>. Le modèle comportemental peut se résumer de la façon suivante: pour que l'utilisation des services de santé ait lieu, 1) l'utilisateur potentiel doit être prédisposé à recevoir les soins de santé; 2) il doit y avoir des conditions facilitant l'accessibilité de l'utilisateur aux services et, 3) l'utilisateur doit sentir le besoin de recourir aux services.

Selon Andersen et Newman<sup>239, 243</sup>, certains individus seraient plus prédisposés que d'autres à utiliser les services de santé. Les variables prédisposant à l'utilisation des services sont les caractéristiques sociodémographiques des individus, leur structure sociale, leurs croyances et attitudes face à la santé et au système de soins. Ces variables ne seraient pas directement responsables de l'utilisation des services de santé, car même si elles sont présentes dans un individu, d'autres facteurs peuvent l'en empêcher. Il s'agit des « facteurs facilitants ». Parmi ceux-ci, on trouve le revenu, la distance physique par rapport aux services de santé, le soutien social, les services disponibles et tous les autres éléments qui peuvent faciliter ou empêcher les individus de recourir aux services. En outre, le modèle stipule que pour qu'il y ait utilisation des services, l'individu doit en ressentir le besoin.

En revisitant le modèle entre 1980 et 1990, Andersen propose un nouveau modèle qu'il qualifie de « phase 4 » ou encore *the emerging model*<sup>244</sup>. À la différence des précédents, ce quatrième modèle met un accent particulier sur la satisfaction de l'utilisateur. Son intention était surtout d'élargir les façons de mesurer l'accès pour inclure d'autres dimensions importantes aux politiques de santé<sup>244, 245</sup>.

La présente recension des écrits prendra appui sur le modèle comportemental d'Andersen pour présenter les résultats des études qui ont été faites sur l'utilisation des services pour raison de TUS. Pour faciliter la lecture, la littérature sera présentée selon l'ordre proposé dans le modèle de base à savoir : les facteurs prédisposants, les facteurs facilitants et les facteurs de besoin.

## Facteurs prédisposants

Les facteurs prédisposants généralement étudiés sont les caractéristiques démographiques, les croyances et attitudes, la motivation et la perception de l'individu<sup>246</sup>. Nous retiendrons essentiellement les variables suivantes qui sont assez bien documentées : l'âge, le genre, le niveau de scolarisation et le statut matrimonial.

### Âge et utilisation des services

L'association entre l'âge et l'utilisation des services de santé pour les TUS ne fait pas l'unanimité chez les chercheurs. Tandis que certains auteurs ne trouvent aucune association entre l'âge et l'utilisation des services pour raison de TUS<sup>209, 247</sup>, d'autres par contre affirment que la corrélation entre l'âge et l'utilisation des services est l'une des plus fortes<sup>248, 249</sup>. Dans une vaste étude américaine, des auteurs ont trouvé que la probabilité d'utilisation des services chez les personnes ayant des TUS augmente graduellement jusqu'à la mi-trentaine avant de commencer à diminuer sensiblement.

Au Canada, une étude récente rapporte que les personnes âgées entre 25 et 44 en 2011 avaient passé environ 8500 jours à l'hôpital pour TUS, et représentaient de ce fait le groupe le plus hospitalisé pour TUS<sup>250</sup>.

### Sexe et utilisation des services

La littérature montre que les femmes sont sous représentées dans les centres de réadaptation en dépendance<sup>251</sup>. Il a d'ailleurs été rapporté que la probabilité d'utiliser les services de désintoxication serait plus élevée chez les hommes que chez les femmes<sup>252</sup>. Les études montrent toutefois que les femmes qui recherchent de l'aide pour des problèmes de consommation présentent généralement un TUS plus sévère<sup>253</sup>, sont plus jeunes, sous-scolarisées<sup>254</sup> et plus pauvres<sup>255</sup> comparativement aux hommes qui utilisent les services.

### Éducation et utilisation des services

L'association entre l'éducation et l'utilisation des services dans le domaine de TUS est encore peu documentée. Le peu d'études ayant tenu compte de l'éducation diverge quant à son association avec l'utilisation des services. Ainsi, aucune association n'a été trouvée entre l'éducation et l'entrée en traitement chez les utilisateurs de stimulants illicites dans trois états américains<sup>256</sup>. Par ailleurs, les études menées sur l'utilisation des services pour l'abus de SPA en milieu rural<sup>257</sup>,



ou par les femmes utilisatrices de drogue injectable<sup>252</sup> ainsi que les femmes sans abri<sup>258</sup> n'ont trouvé aucune association significative avec le niveau d'éducation.

Quelques auteurs ont par contre trouvé une corrélation entre le niveau d'éducation et l'utilisation des services<sup>209, 252, 259</sup>. Dans une étude portant sur l'utilisation des services pour abus de SPA, Wu et collègues (2003) ont trouvé, après avoir ajusté pour toutes les variables potentielles de confusion, un gradient entre le niveau d'éducation et l'utilisation des services<sup>209</sup>. En référence à ceux qui avaient un diplôme collégial, les personnes ayant moins que le niveau secondaire avaient 59,3 % de chance d'utiliser les services (95 % IC=2,01 – 17,49; p=0,001) tandis que ceux qui avaient un diplôme secondaire avaient 30,3 % de chance de les avoir utilisés (95 % IC=1,18 – 7,74; p=0,02). Aucune différence statistique n'a été trouvée entre ceux ayant un niveau d'étude secondaire et les personnes ayant obtenu un diplôme collégial. Une étude longitudinale portant sur 27 801 utilisateurs de drogues suivis entre 1996 et 2002 rapporte que comparativement aux personnes ayant un niveau de scolarisation supérieur au secondaire, ceux n'ayant jamais fait des études secondaires avaient 20 % plus de chance d'utiliser les services de désintoxication seulement (95 % IC=1,62 – 1,98; p<0,05) par rapport à 13,5 % de ceux ayant un diplôme du secondaire (95 % IC=1,24 – 1,47; p<0,001). Toutefois, la probabilité d'être un grand utilisateur des services<sup>xxix</sup> de désintoxication était plus faible chez les personnes n'ayant qu'un niveau d'éducation secondaire ou collégial (95 % IC=0,23 – 0,495; p<0,001)<sup>252</sup>.

### Statut matrimonial et utilisation des services

Le fait d'être marié ou de vivre en union libre influence considérablement l'utilisation des services de réadaptation en dépendance<sup>260</sup>. Des études ont montré que dans un couple où les deux partenaires consomment des SPA, le comportement de l'un en matière d'utilisation des services influence considérablement celui de l'autre partenaire<sup>261, 262</sup>. Une étude populationnelle menée aux États-Unis en 2005 a montré que chez les personnes âgées entre 25 et 44 ans, le fait d'être marié était un bon prédicteur de l'utilisation des services pour raison de TUS et aussi de la durée dans le traitement. Par contre, le fait de ne pas être marié était plutôt associé à l'abandon du traitement<sup>263</sup>. Chen et collègues (2013) ont montré que comparativement aux personnes mariées, les célibataires avaient plus de chance d'utiliser les services de soins externes pour TUS (OR=1,23; 95 % IC=1,02 – 1,48). Mais, ils n'ont trouvé aucune différence en ce qui concerne l'hospitalisation<sup>264</sup>.

<sup>xxix</sup> Il n'existe pas de définition universelle de « grands utilisateurs ». Ils sont néanmoins reliés à une faible proportion d'usagers (environ 5 à 10 %) utilisant, un nombre disproportionné de services de santé, généralement 21 à 54,5 % des services.

## 4.1.2

### Facteurs facilitants

Le revenu, l'assurance maladie, le milieu de résidence et la distance aux services sont les facteurs facilitants les plus étudiés. Étant donné le caractère public du système canadien de santé, nous considérons uniquement le milieu de résidence dans ce qui suit.

#### Milieu de résidence et utilisation des services

En raison des inégalités spatiales de l'offre et d'accès aux services, quelques auteurs se sont intéressés à l'influence du contexte sur l'utilisation des services de santé pour raisons de TUS. À cause de la pénurie des services spécialisés en dépendance dans les zones rurales, la prévalence de l'utilisation des services pour raisons de TUS est plus élevée en milieux urbains comparativement aux milieux ruraux<sup>265</sup>. Cette différence n'est toutefois pas observée dans d'autres études comparant les milieux urbains et ruraux<sup>202, 266</sup>. Chez les personnes séropositives ayant des TUS, une étude a montré que lorsqu'un moyen de transport était disponible, la distance ne constituait pas une barrière à l'utilisation des services de santé pour traiter leur problème de TUS<sup>267</sup>.

## 4.1.3

### Facteurs de besoins

Les facteurs de besoins touchent particulièrement aux diagnostics posés, à leur nombre et leur degré de sévérité. De façon générale, presque toutes les études tendent à montrer que les besoins sont les déterminants majeurs du recours aux traitements<sup>268-271</sup>.

L'utilisation des services augmenterait avec la sévérité et le nombre de diagnostics<sup>272</sup>. Notamment, chez les femmes UDI, chaque dose supplémentaire de drogue hausserait de 76 % le recours à un CRD<sup>273</sup>. De plus, la présence de troubles concomitants de TUS avec les troubles physiques chroniques et les troubles mentaux augmentaient aussi l'utilisation des services<sup>218</sup>. Cependant, le type et la quantité de SPA consommée influencerait le recours aux services<sup>274, 275</sup>. Mojtabai (2005) a montré que comparativement aux personnes ayant un problème d'abus d'alcool, les personnes ayant une dépendance à l'alcool avaient environ 3 fois plus de chance d'utiliser les services pour leur problème de consommation<sup>205</sup>. Chez les personnes ayant un problème concomitant de TUS et de santé mentale, une étude a révélé que l'utilisation des services augmentait avec la sévérité des TUS (OR=2,65; 95 % IC= 1,05 – 6,68)<sup>209</sup>. Chez les adolescents ayant des problèmes de consommation d'alcool, il a été rapporté que ceux consommant de l'alcool mélangé à d'autres SPA avaient plus de risque d'utiliser les services pour leur problème de

TUS (OR=4,1; 95 % IC=1,58 – 10,69)<sup>276</sup>. Selon les résultats d'une autre étude, la probabilité d'utiliser les services pour TUS varierait de 88,3 % chez les utilisateurs d'héroïne, 4,2 % chez les utilisateurs de la cocaïne et de l'héroïne, 1,7 % chez les utilisateurs de cocaïne et 5,9 % chez les utilisateurs des autres types de drogue<sup>252</sup>.

**Conclusion.** Il existe peu d'études s'intéressant de façon spécifique aux utilisateurs des services pour raisons de TUS. Les études existantes s'intéressent plus à la prévalence de la consommation de SPA (incluant la consommation à risque) ou aux processus de rémission ou de rétablissement qu'à l'utilisation des services et spécifiquement pour les TUS<sup>277</sup>. Les déterminants et les trajectoires d'utilisation de services sont encore moins étudiés (et particulièrement soutenus par un modèle théorique comme celui d'Andersen)<sup>278</sup>. Bien que le Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011 relève plusieurs lacunes au plan de l'intégration des services auprès des personnes aux prises avec un TUS<sup>279</sup>, peu d'études ont permis de documenter les déterminants de l'utilisation des services et les trajectoires de réadaptation pour ces usagers. La connaissance et la compréhension de ce type de trajectoires sont nécessaires afin de développer des interventions adéquates.

## 4.5

### Persévérance en traitement

La persévérance au traitement est un déterminant crucial pour l'issue de toute intervention qu'elle soit médicale ou psychosociale. En effet, le succès thérapeutique des traitements pour les TUS serait directement associé au nombre de séances de traitement auxquelles l'utilisateur participe<sup>280</sup>. De plus, la rechute et un pronostic néfaste à long terme ont été positivement associés à l'abandon du traitement<sup>281-283</sup>. Les taux élevés d'abandon, observés surtout à un stade précoce dans les programmes de traitement pour les TUS<sup>284-286</sup> peuvent ainsi remettre en question l'efficacité des traitements offerts.

L'abandon du traitement constitue un problème majeur pour le programme-services Dépendances, en particulier lors des 3 premiers mois de traitement. Si les taux d'abandon des traitements varient d'une étude à une autre, on estime de façon générale une prévalence d'entre 50 % et 80 % dans les 3 premiers mois de traitement (Stark, 1992; Baekeland F et coll., 1975; Hser YI et coll., 1997; cité par Graff et coll., 2009)<sup>287</sup>. Le taux d'achèvement des traitements offerts par le programme-services Dépendances aux États-Unis est estimé varier de 41 % pour les services en externe et de 73 % pour les services de courte durée (30 jours ou moins) résidentiels ou des admissions hospitalières (SAMHSA, 2003; cité par Amodeo et coll., 2008)<sup>288</sup>. Même constat en Australie où on a observé que 40 % des usagers suivis en résidentiel restent moins de 1 mois en traitement<sup>289</sup>. Des études réalisées au Québec par Laflamme-Cusson et Moisan (1993; Montréal, Trois-

Rivières et Montérégie) et Brochu et collègues (1995; Pavillon Foster, Maison Jean Lapointe et le CRD Le Virage) ont estimé que 17 à 25 % des usagers abandonnent leur demande d'aide après l'entrevue d'évaluation; 50 % poursuivent pendant plus de 4 semaines, tandis que seulement 12 à 15 % persistent plus de 6 mois<sup>280, 285, 286</sup>.

Plusieurs facteurs tels que les caractéristiques propres à l'individu, au contexte social, au thérapeute ou au traitement en lui-même seraient en lien avec ces taux d'abandon élevés du traitement. Tout comme Bergeron et collègues (1997), Greenfield et collègues (2007) concluaient dans leur revue de littérature effectuée sur près de 300 études, que le genre n'est pas un bon prédicteur de la rétention en traitement<sup>290, 291</sup>. Quoi qu'il en soit, il semblerait que les femmes qui abandonnent rapidement leur traitement sont plus susceptibles d'être au chômage, d'être moins éduquées, d'avoir des enfants à charge et d'être séparées de leur conjoint<sup>292, 293</sup>. Le fait de bénéficier de divers services de soutien (tels qu'un accès à des services de santé, des conseillers en violence conjugale, des services de transport ou de garde d'enfant ainsi que des contacts avec des conseillers individuels) en parallèle du traitement pour TUS favoriserait la motivation des femmes dans la poursuite de leur démarche de réadaptation<sup>294</sup>. En ce qui concerne l'âge, les jeunes adultes comparativement aux plus âgés resteraient généralement moins longtemps en traitement, surtout de type externe ou ambulatoire<sup>295</sup>.

Un faible niveau d'instruction, des antécédents d'arrestations, une longue carrière de consommation de SPA, des antécédents de traitement pour un TUS, le manque de soutien social, les relations familiales tendues ainsi que le fait d'être au chômage sont autant de facteurs qui auraient un impact négatif sur la persistance au traitement<sup>284, 293, 296, 297</sup>. Des variables psychologiques et comportementales des usagers, telles qu'une faible perception des bénéfices (efficacité) du traitement, une attitude défensive dominée par le déni, l'évitement, mais aussi l'hostilité, l'agressivité, la méfiance, les idées de grandeur, la projection, la présence de symptômes de dépression et des tendances violentes ont négativement été associées au taux de rétention en traitement<sup>284, 297-299</sup>. Aussi, les personnes ayant un haut statut socio-économique sont plus susceptibles de posséder les qualités qui prédisent un bon succès psychothérapeutique<sup>297</sup>. Un haut niveau d'éducation, des revenus considérables et un bon statut social sont associés aux personnes ayant une forte efficacité dans leur propre vie et dans la société; il s'agit d'une caractéristique de l'utilisateur qui aurait un impact positif sur l'achèvement de sa psychothérapie<sup>284, 300</sup>.

## 69

### LES TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Prévalence, utilisation  
des services et  
bonnes pratiques

Selon King et collègues, le fait d'avoir été référé et la source de référence ainsi que la SPA consommée seraient de bons prédicteurs de l'adhérence au traitement. En effet, leur étude menée au sein d'une clinique spécialisée (rattachée à un centre médical) dans la prise en charge des TUS auprès de personnes en thérapie

individuelle a permis de montrer que celles qui s'étaient présentées sans référence ou avec une référence externe (en dehors de la clinique) étaient moins susceptibles de persévérer en traitement. De plus, les usagers qui mentionnaient la cocaïne comme principale SPA de consommation, comparativement aux autres SPA étudiées (alcool, héroïne, marijuana, amphétamines et barbituriques) abandonnaient davantage et plus rapidement leur traitement<sup>293</sup>. Williams et Roberts (1991) précisaient dans leur étude sur 136 femmes dépendantes aux SPA, que parmi les alcooliques, celles qui abusaient également de cocaïne présentaient des taux d'abandon plus élevés que celles qui abusaient d'un autre type de SPA<sup>301</sup>.

Dans les cas de comorbidité de TUS et de troubles de santé mentale, il semblerait que les personnes aux prises avec un diagnostic de trouble de la personnalité soient moins susceptibles de poursuivre leur traitement pour l'abus de SPA<sup>302</sup>. Par contre, la présence de dépression serait un prédicteur de la persévérance en traitement dans plusieurs études alors que dans d'autres, ce type de relation n'a pas été observé<sup>291, 299</sup>. Enfin, à la suite de l'étude de Carroll et collègues (1993) effectuée sur 399 personnes qui abusaient de cocaïne, il ressort que la rétention au traitement (mesurée en nombre de jours) serait positivement associée à la sévérité du trouble psychiatrique, au nombre de troubles psychiatriques présents ainsi qu'à un faible fonctionnement psychosocial<sup>296</sup>.

Les personnes qui n'achèvent pas leur thérapie expriment souvent leur déception de ne pas recevoir suffisamment d'informations et de soutien<sup>298, 303</sup>. Par ailleurs, le niveau d'insatisfaction à l'égard des services reçus constitue lui-même un facteur influençant la décision des usagers de mettre fin à leur traitement<sup>291</sup>. Parmi les sources d'insatisfaction, les usagers qui abandonnent leur traitement nomment l'influence des caractéristiques des intervenants : les attitudes passives, antipathiques ou indifférentes du thérapeute contribuent à augmenter la honte et la gêne chez l'utilisateur<sup>297</sup>. Par ailleurs, « la présence de divergences entre les attentes de l'utilisateur et celles de l'intervenant (attentes spécialement liées à la durée du traitement) permet aussi de prédire l'abandon du traitement »(p.8)<sup>291</sup>. À l'inverse, plusieurs caractéristiques des intervenants sont positivement associées à des faibles taux d'abandon et à une issue thérapeutique favorable. Mentionnons à titre d'exemple une plus grande expérience de l'intervenant et des compétences interpersonnelles favorisant l'alliance thérapeutique (empathie, acceptation, respect et capacité d'aider l'utilisateur à se fixer des objectifs personnels)<sup>2</sup>. Enfin, le monitoring et la reconnaissance manifeste des efforts et réussites des usagers contribuent à les motiver à rester dans le traitement malgré les rechutes<sup>2</sup>. Force est de constater que les intervenants peuvent optimiser les taux de rétention en encourageant les usagers à participer activement dans des stratégies

d'autoassistance (*self-help strategies*) telles que les AA<sup>xxx</sup>, les programmes de monitoring tels que l'*Employee assistance programs* (EAPs)<sup>xxxi</sup> et le *Impaired-physician programs*<sup>xxxi, 305</sup>. Le soutien de l'entourage a d'ailleurs été cité depuis longtemps comme un facteur favorisant la poursuite des traitements en dépendance<sup>306</sup>. La participation d'un membre de la famille aussi brève qu'elle soit peut donc améliorer l'engagement et la rétention de l'utilisateur en traitement<sup>305</sup>.

Les interventions motivationnelles telles que l'entretien motivationnel et la *Motivational Enhancement Therapy* (MET) au cours du processus de l'évaluation initiale, favoriseraient l'engagement et la rétention des usagers en traitement. De plus, lorsque la médication est utilisée conjointement à la psychothérapie, les taux d'abandon de la thérapie diminueraient parce que le besoin pressant de l'utilisateur à consommer des SPA et les rechutes sont atténués par les effets de la médication. Enfin, les conditions dans lesquelles le traitement est donné peuvent avoir un impact sur son abandon et d'après la recension des écrits réalisée par Desrosiers et collègues (2010), la simplicité et la rapidité des procédures d'accueil et d'évaluation dans les services a été également associée à un meilleur taux de rétention des usagers<sup>2</sup>.

---

<sup>xxx</sup> Alcooliques Anonymes (*Alcoholic Anonymous*) : groupes qui offrent de l'aide dans un contexte non professionnel, c'est-à-dire de l'aide par des pairs (rencontres de groupe où la personne peut entendre des témoignages de vie et parler d'elle-même sans être jugée, accompagnement de type « parrainage », renforcement de la sobriété par des jetons reliés au nombre de jours d'abstinence, etc.)<sup>2</sup>.

<sup>xxxi</sup> Les *Employee assistance programs* traduit par Programme d'aide aux employés (PAE) sont des services d'aide aux employés subventionnés par les employeurs. Ils comprennent des services conseil, de soutien, d'assistance en lien avec toutes sortes de problématiques que peuvent vivre les employés, dont un TUS<sup>304</sup>.

<sup>xxxi</sup> Publiquement subventionnés dans plusieurs états américains, les *Impaired-physician programs* ou *Physicians health programs* sont des programmes d'aide spécifiquement adressés aux médecins présentant des problématiques de TUS et/ou de santé mentale<sup>176</sup>.

## EFFICACITÉ DES TRAITEMENTS ET BONNES PRATIQUES

### Rétablissement

Dans la littérature sur les TUS, il n'existerait pas de consensus sur la définition du terme « rémission » ou « rétablissement ». Selon l'ASAM et le *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (SAMSHA), le rétablissement (*recovery*) est le fait de surmonter tant la dépendance physique que psychologique à une SPA tout en s'engageant sur la voie de la sobriété (abstinence)<sup>307</sup>; il s'agit d'un processus de changement par lequel les individus améliorent leur santé et bien-être, prennent en main leur propre vie et s'efforcent d'atteindre leur plein potentiel<sup>308</sup>. Si l'on se fie au DSM-5, la rémission implique que la personne ne répond pas au critère diagnostique du DSM pour un TUS dans une période de 12 mois consécutifs (« rémission durable » ; et entre 3 et moins de 12 mois : « rémission précoce ») « à l'exception du désir pressant de consommer les SPA »<sup>309</sup>. Cette amélioration, ce changement positif peuvent s'opérer à la suite d'un soutien et/ou traitement professionnel (traitement traditionnel, médecin de famille, groupes d'entraide, psychanalyse, psychothérapie, etc.) ou sans aucune aide ou traitement formel; dans ce dernier cas on parle donc de « rémission spontanée ».

Force est de constater cependant qu'il n'y a pas encore une définition universellement acceptée du rétablissement<sup>xxxiii</sup> et que la définition souvent utilisée, soit celle qui fait référence à « la guérison, le retour à l'état de départ avant la problématique ou bien à un processus de retour à la normale impliquerait que peu d'usagers ayant un trouble de santé mentale sévère puissent se rétablir » (p. 3) (Whitwell et coll., 2005; cité par *Care Service Improvement Partnership* (CSIP) et coll., 2007)<sup>310</sup>, ce qui pourrait être aussi le cas pour les usagers ayant un TUS plus sévère et à plus long terme. Cependant, évaluer les résultats d'un traitement pour les troubles sévères et pour les conditions chroniques constitue une démarche complexe qui doit tenir compte de « la résolution ou diminution des symptômes comme de l'impact que la maladie a dans tous les domaines de la vie de l'individu, son épanouissement et le développement des expériences de vie valorisantes » (p. 3)<sup>310</sup>. Au-delà de la présence ou de l'absence des symptômes, le concept du rétablissement plus large utilisé par le CSIP gravite autour de « comment bien vivre dans le contexte d'une maladie à long terme » et « comment développer une identité forte chez l'individu atteint qui n'est pas définie que par la

<sup>xxxiii</sup> Il sera fait référence à plusieurs reprises dans cette section au domaine de la santé mentale, le rétablissement ayant été beaucoup étudiée et faisant par ailleurs l'objet d'orientations politiques fortes dans plusieurs pays, notamment au Québec à travers le *Plan d'action en santé mentale* de 2005.

maladie » : le fait que l'utilisateur a un diagnostic de TUS ne signifie pas pour autant qu'il est un toxicomane/alcoolique. Ainsi cette définition plus large considère le rétablissement comme « un processus unique et profondément personnel de changement des propres attitudes, valeurs, sentiments, objectifs, compétences et rôles. Il est une façon de vivre une vie satisfaisante, remplie d'espoir, et qui apporte à la société malgré les limites imposées par la maladie. Le rétablissement implique le développement d'un nouveau sens et un but à sa vie au-delà des effets négatifs de la maladie mentale » (p. 3-4)<sup>310</sup>. La rémission est ainsi souvent accompagnée d'amélioration dans d'autres sphères importantes de la vie (ex. : troubles concomitants, soutien social, travail, diminution des comportements à risque)<sup>311, 312</sup>, car cette notion suppose que les personnes aux prises avec un TUS en viennent graduellement à maîtriser leur consommation de SPA, à prendre leur vie en main et à assumer de plus en plus de responsabilités tout en contribuant de manière productive à la société<sup>313</sup>.

Selon le *National Advisory Mental Health Council* (1993; cité par CSIP et coll., 2007), le rétablissement serait une expérience « très courante » dans le domaine de la santé mentale (y compris les TUS) avec une prévalence d'environ 60 à 80 % dépendamment du trouble. Cet organisme soutient que le taux de rétablissement, dans le sens de pouvoir vivre une expérience positive malgré les limites imposées par la maladie, serait de 70 % pour les TUS dans la plupart des études longitudinales<sup>310</sup>.

Plusieurs types d'études scientifiques comme celles basées sur des échantillons représentatifs de la population et des communautés, les métaanalyses et les revues de littératures systématiques ont permis d'identifier plusieurs facteurs associés au rétablissement dans le domaine de TUS que nous pouvons regrouper en facteurs prédisposants et facteurs facilitants. En tenant compte du modèle d'Andersen, les principaux **facteurs prédisposants** ayant un impact négatif sur le rétablissement sont le fait d'être jeune<sup>314, 315</sup>, de sexe masculin<sup>316-318</sup>, d'avoir des prédispositions génétiques défavorables<sup>316</sup>, des antécédents quant au nombre et la durée des hospitalisations<sup>319, 320</sup> et des démêlés avec la justice<sup>321</sup>. Par contre, le fait d'être une femme, d'avoir un sentiment d'auto-efficacité plus fort, d'être disposé au changement, d'avoir l'espoir que le traitement peut aider sont autant de facteurs qui peuvent avoir un impact positif sur le rétablissement des personnes aux prises avec un TUS<sup>322-324</sup>.

Quant aux **facteurs facilitants**, plusieurs semblent affecter négativement le pronostic: l'absence de conjoint<sup>325, 326</sup>, de travail ou de revenu<sup>327-329</sup>, le fait d'être stigmatisé<sup>330, 331</sup>, la facilité d'accès aux SPA et un accès inadéquat aux services externes<sup>332, 333</sup>. Le fait d'avoir un large réseau d'amis faisant usage de SPA réduit les chances de rétablissement<sup>334, 335</sup>. Par contre, un environnement social et



professionnel favorable, dont l'insertion professionnelle et le fait d'être marié jouent favorablement sur le rétablissement<sup>323, 336</sup>. L'éducation de façon générale a été positivement associée au rétablissement sans abstinence, mais négativement associée au rétablissement avec abstinence<sup>335, 337</sup>. Dans le cas de rémissions sans traitement, le fait d'avoir complété une formation collégiale est négativement associé à la probabilité de devenir abstinent<sup>336, 337</sup>. Aussi, la sévérité de la dépendance serait négativement associée à la probabilité d'un rétablissement sans abstinence<sup>334, 337</sup>, mais positivement associée à la probabilité d'un rétablissement avec abstinence<sup>36, 335, 337</sup>. Indépendamment du type de SPA, le niveau de consommation a été négativement associé aux chances de rétablissement<sup>335, 337</sup>, et de l'âge d'apparition de la dépendance (à l'alcool par exemple) a généralement montré une association positive<sup>337, 338</sup>. En dehors de la sévérité du TUS, plusieurs études montrent que la présence d'un trouble mental ou autres comorbidités affectent négativement les résultats du traitement<sup>323, 339, 340</sup> et augmentent les taux de rechute dans l'année suivant la fin du traitement.

Selon certains auteurs, l'un des plus importants prédictors de la rémission serait le fait d'avoir quelque chose à perdre (ex. : amis, travail) si le TUS se continuait ou recommençait<sup>341-343</sup>. Une grande satisfaction face à la vie prédit de façon prospective une rémission durable<sup>344</sup>, tandis qu'une pauvre qualité de vie pourrait accroître les risques de rechute<sup>345, 346</sup>. Aussi, les personnes en rétablissement citeraient constamment le soutien de la famille et des pairs (et la nécessité de rechercher et d'accepter l'aide), la spiritualité, la force intérieure et le désir de s'améliorer comme des sources essentielles contribuant au rétablissement<sup>343, 347</sup>.

Après analyse de 12 études portant sur le traitement pour des TUS et ayant un temps de suivi minimal de 2 ans, McKay and Weis (2001) estimaient que les prédictors de base les plus constants de l'issue du traitement seraient le niveau de consommation des SPA et la sévérité du trouble psychiatrique avant le début du traitement. Ces deux facteurs arriveraient à prédire une issue défavorable dans environ 65 % des 12 études colligées et une issue favorable dans 20 % des études; le reste porterait sur le rapport de l'usager avec le traitement en lui-même. La motivation et les habilités d'adaptation ont également été identifiées comme positivement associées au rétablissement, mais ont été néanmoins peu étudiées globalement. Les variables démographiques quant à elles seraient peu associées au rétablissement<sup>348</sup>.

Gibbs and Flanagan (1977) ont conclu après avoir analysé 45 études s'intéressant aux déterminants de l'issue du traitement du TUS-alcool, que l'absence de troubles mentaux ou de psychopathologie, le fait d'avoir un emploi et la stabilité en emploi, le fait d'être marié ou de cohabiter, un statut professionnel plus élevé, le nombre plus faible d'arrestations, des antécédents avec les AA, et une appartenance à la

classe sociale supérieure ont été décelés comme facteurs prédictifs de meilleurs résultats quant au potentiel de rétablissement des personnes aux prises avec un TUS<sup>349</sup>. Plusieurs facteurs susceptibles de prédire l'issue des traitements pour des TUS-alcool ont également été identifiés dans une recension des écrits réalisée par Adamson et collègues (2009). Les facteurs prédictifs d'un meilleur résultat du traitement du TUS-alcool dans les analyses multivariées les plus constants étaient une plus faible sévérité du TUS, une moins grande sévérité des troubles mentaux associés et le fait de viser comme objectif du traitement l'abstinence ou une faible consommation<sup>323</sup>.

## 5.2 Efficacité des traitements

Étant donné cette conception du rétablissement, l'efficacité des traitements peut se mesurer selon la réduction ou l'arrêt (abstinence) de la consommation de SPA, mais aussi selon le fonctionnement social (ex. : criminalité/employabilité) ou l'état de santé (ex. : troubles mentaux, HIV, itinérance), entre autres. La littérature démontre l'efficacité supérieure des traitements pour plusieurs approches ou types de thérapies lorsque des interventions structurées intégrant une intention thérapeutique sont comparées entre elles ou avec un traitement minimal (ex. : projet *Matching Alcoholism Treatment to Client Heterogeneity - MATCH : thérapie cognitive-comportementale* (TCC), des 12 étapes et thérapie motivationnelle; projet *UK Alcohol Treatment Trial- UKATT: traitement de nature sociale (socially based treatment) vs MET*) – sur une période de suivi de 12 mois post-traitement<sup>322, 350-359</sup>. Les traitements internes/externes ont aussi été souvent comparés. Ces derniers présentent globalement une meilleure efficacité, mais ces premiers se rapportent supérieurs pour les personnes ayant un TUS au profil clinique plus complexe (ex. : troubles concomitants) et aux conditions de vie plus précaires<sup>360</sup>. Aucune différenciation importante d'efficacité n'est établie entre une intervention individuelle et de groupe dans un même traitement, peu importe le niveau de sévérité du TUS<sup>2</sup>.

Si le thérapeute est évalué avoir une influence déterminante dans l'issue des interventions (alliance thérapeutique)<sup>355, 361</sup>, la recherche témoigne également de l'importance d'intervenir précocement, soit repérer et traiter le plus rapidement les TUS, étant donné l'accroissement de la sévérité qui accompagne souvent la consommation à un jeune âge<sup>362</sup>. L'approche de réduction des méfaits marque aussi un tournant majeur, encourageant notamment l'émergence des traitements de substitution<sup>363</sup>. Une relation positive est aussi notée entre la durée des services externes et leur efficacité, spécifiquement pour les profils chroniques de TUS<sup>2</sup>. Pour ces derniers, des interventions de longue durée, à degrés d'intensité

variable, sont également recommandées, telles que déployées pour les troubles mentaux (ex. : gestion de cas – voir aussi plus haut la section se rapportant à la chronicité)<sup>364, 365</sup>.

D'autre part, une recension de près d'une vingtaine de grandes études de cohorte sur le plan international, réalisées dans les années 1980-1990, qui se sont surtout intéressées à l'impact et l'efficacité des traitements offerts aux personnes ayant des TUS par des centres spécialisés de traitement en dépendance, correspondant aux CRD pour le Québec, se retrouve à l'annexe 4 (tableau 1). À titre d'exemple, mentionnons les études de cohortes suivantes : aux États-Unis, les projets MATCH<sup>350</sup>, DARP<sup>366</sup>, TOPS<sup>367</sup>, DATOS<sup>368</sup>, COMBINE<sup>369</sup>, *A 16-year longitudinal study*<sup>370</sup> et au Royaume-Uni, les projets NTORS<sup>371</sup>, UKATT<sup>351, 372</sup>. Elles ont suivi entre 418 et 44 000 personnes sur une période variant entre 1 et 16 années post-traitement. De ces études : a) la plupart ont effectué 3 à 4 temps de mesure entre le début et la fin du traitement (soit à 0, 3, 6 mois et à la fin du traitement à 12 mois environ); b) plus de la moitié ont réalisé le dernier suivi à seulement un an post-traitement et d'autres ont des suivis à plus de 8 ans post-traitement<sup>373-375</sup>. Au Québec, quatre études plus modestes de ce type (petits échantillons; annexe 4, tableau 2) ont été produites par le groupe de Recherche et intervention sur les substances psychoactives-Québec (RISQ) entre 1991 et 2004<sup>376</sup>. Ces études sur l'impact des traitements effectuées sur les usagers en CRD (en moyenne 128 usagers) ont eu des suivis de 1 an ou moins après l'admission. De ces études cliniques internationales et québécoises, il ressort que les traitements spécialisés sont globalement qualifiés d'efficaces pour la diminution ou l'arrêt de consommation de SPA à au moins 1 an post-traitement<sup>2</sup>.

## 5.3 Bonnes pratiques

Le développement du mouvement des « meilleures/bonnes » pratiques (*best practice*) ou de l'implantation d'interventions qui ont fait preuve de données probantes s'est instauré au Canada et au Québec à compter de la fin des années 1990, matérialisé d'après Lecomte « dans une série de publications et de décisions gouvernementales », dont le chapitre II du rapport publié par le Forum national sur la santé en 1997 et intitulé « Création d'une culture de prise de décisions fondées sur des données probantes »<sup>377</sup>. Ce mouvement a influencé non seulement la pratique, mais également la recherche canadienne et québécoise, dont les objectifs devaient progressivement s'orienter en fonction de l'amélioration des pratiques<sup>377</sup>.

Les meilleures pratiques peuvent ainsi se développer tel que mentionné par Nadeau (Lecomte, 2003) selon trois modèles : l'*evidence-based model* qui a

été définie comme « l'utilisation judicieuse et explicite des meilleures données probantes actuelles pour guider la prise des décisions concernant les soins à offrir aux usagers »<sup>xxxiv</sup> (Sackett, 1996; cité par Lecomte, 2003); le consensus d'expert, qui est complémentaire au modèle précédent et qui vient guider la prise de décision lorsqu'il n'y a pas de résultats disponibles et lors que ceux-ci sont incertains (ex. : non représentativité de l'échantillon); et enfin, un « modèle mixte qui dépend de la nature de l'objet étudié »<sup>377</sup>.

Dans la littérature, les termes « meilleures pratiques », « pratiques gagnantes », traitement ou pratique « basée sur des données probantes » (en anglais *evidence-based treatment* et *evidence-based practice*) désignent souvent la même réalité<sup>378-381</sup>. Il s'agit en fait d'un ensemble d'interventions basées sur des données probantes, et jugées optimales pour répondre aux besoins des personnes ayant des TUS ou pour venir en aide à leur entourage. Ces interventions sont jugées adéquates soit à partir de consensus scientifique découlant d'un corpus d'études validant des pratiques spécifiques sur le plan clinique ou organisationnel, soit à partir de consensus d'experts<sup>220</sup>.

Par ailleurs, la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé propose la définition suivante : « Les données probantes sont les renseignements qui se rapprochent le plus des faits d'un sujet. La forme qu'elles prennent dépend du contexte. Les résultats de recherches de haute qualité, qui reposent sur une méthodologie appropriée, sont les données probantes les plus précises. Comme les recherches sont souvent incomplètes et parfois contradictoires ou non disponibles, d'autres catégories de renseignements sont nécessaires pour les compléter ou les remplacer. Les données probantes constituant la base sur laquelle se fonde une décision sont composées de multiples formes de données, combinées de manière à établir un équilibre entre rigueur et convenance, le premier de ces deux aspects étant toutefois préféré au deuxième » (p. 1) (FCRSS, cité par Provencher et Guay, 2007)<sup>382</sup>.

Desrosiers et collègues distinguent, dans une recension des écrits publiée par l'ACRDQ en 2010 et portant sur les meilleures pratiques en réadaptation auprès des adultes ayant un TUS, les **pratiques basées sur des données probantes** de celles **prometteuses** et **novatrices**. Si les premières ont « démontré leur efficacité à travers des études rigoureusement menées et répétées » (p. 12) (Lundgren et coll., 2005; cité par Desrosiers et coll., 2010)<sup>2</sup>, les pratiques prometteuses sont « celles pour lesquelles il existe un certain appui empirique, mais pour lesquelles il faut mener davantage d'études pour conclure plus fermement à leur efficacité » (p. 12) (Bertrand et coll., 2006; cité par Desrosiers et coll., 2010)<sup>2</sup>. Enfin, les pratiques

novatrices, se réfèrent, d'après Desrosiers et collègues, à « celles qui découlent d'un raisonnement pertinent basé sur un ensemble d'éléments, comme des consensus cliniques et des théories, mais pour lesquelles des études permettant d'évaluer leur efficacité sont nécessaires avant de recommander leur application ou leur diffusion » (p. 12)<sup>2</sup>.

Dans ce qui suit, nous présenterons d'abord les bonnes pratiques les plus citées dans la littérature concernant le programme-services Dépendances, et plus spécifiquement les adultes. Dans un deuxième temps, les bonnes pratiques déployées ou qui ont un potentiel d'implantation (pratiques donc novatrices) tant pour le programme-services Dépendances que de la santé mentale (particulièrement concernant les troubles concomitants) seront présentées. Enfin, ce cahier illustre d'autres approches cliniques ou stratégies et modèles qui ont été plus exclusivement utilisés dans le secteur de la santé mentale. Étant donné que les TUS sont souvent associés à des problèmes de santé mentale, la présentation de ces bonnes pratiques pourrait inspirer et contribuer à la réflexion visant l'amélioration de services offerts aux usagers aux prises avec un TUS.

Au chapitre des bonnes pratiques *pour le programme-services Dépendances*, seize approches cliniques et thérapies ou traitements, y compris celles incluant les membres de l'entourage, de même que quatre stratégies organisationnelles seront ainsi présentées. Elles seront à tour de rôle brièvement examinées, regroupées dans les sous-sections suivantes : **1) les approches cliniques** (n=7 – approche biopsychosociale; systémique; du rétablissement; axée sur les forces; de réduction des méfaits; approche par étape (*Stepped-Care*); et approches basées sur les 12 étapes); **2) les thérapies et le traitement** (n=7 – thérapies cognitives-comportementales : approche de renforcement par la communauté, prévention de la rechute; approches motivationnelles : entretien motivationnel et *Motivational Enhancement Therapy* (MET); *Supportive-Expressive Psychotherapy* (SE); et traitement pharmacologique; **les thérapies incluant les membres de l'entourage** (n=3 – thérapie conjugale comportementale; «L'intervention » et le *Community Reinforcement Approach and Family Training* (CRAFT); **3) les stratégies organisationnelles** dont celles **visant à joindre les usagers** pour faciliter l'accès au programme-services Dépendances (n=4 – équipes de liaison à l'urgence; travail de rue; mécanismes d'accès jeunesse (MAJT); tribunaux de traitement de la toxicomanie : programme de traitement de la toxicomanie de la Cour du Québec (PTTCQ)); et celles **visant à outiller la pratique clinique** (n=4 – protocole d'intervention; guides de pratique; plan de services individualisé; et plan d'intervention). Enfin, on examinera aussi **4) les modalités d'intervention ou programmes** (n=8) portant sur **l'offre générale de service** : (n=5 – soins primaires : détection, intervention brève et orientation vers des services spécialisés; suivi intensif dans la communauté ou dans le

milieu (*Assertive Community Treatment*); gestion de cas; soutien à l'emploi; pairs aidants) ou concernant certaines **sous-populations spécifiques** (n=3 – programme 6-12 ans; programme d'intervention et d'appui aux familles (PIAF); et programme « Logement d'abord » (Chez soi)).

Au sujet des **programmes ou modèles développés** pour les usagers présentant des **troubles concomitants de TUS et santé mentale**, ce cahier présentera 3 modèles et 2 programmes : n=5 – modèle du « quadrant » et traitement intégré de santé mentale et de TUS; *Seeking Safety*; formation croisée; réseaux intégrés de services; modèle des soins chroniques.

En ce qui concerne les bonnes pratiques pour le **programme-services Santé mentale**, repérées intéressantes pour le programme-services Dépendances, deux approches et deux stratégies organisationnelles de même qu'un modèle essentiellement développés et utilisés dans ce programme-services seront présentés, regroupés dans les sous-sections suivantes : **1) les approches cliniques** (n=2 – approche de soins centrée sur l'utilisateur, autogestion des soins (*training in illness self-management*); **2) les stratégies organisationnelles ou modèle** (n=3 – suivi à intensité variable; suivi systématique; soins partagés ou de collaboration).

Cette recension n'a pas comme but d'être exhaustive ni d'évaluer le degré d'implantation de ces interventions au Québec (minimal dans certains cas), mais vise à présenter un certain nombre d'approches cliniques, thérapies, programmes ou modèles afin de contribuer à la réflexion pour l'amélioration de l'offre de services pour le programme-services Dépendances. Les différentes approches de traitement présentées dans ce cahier sont d'ailleurs pour la plupart analysées dans le guide publié par Desrosiers et collègues (2010)<sup>2</sup>; le lecteur intéressé à en savoir davantage au sujet de ces approches devrait consulter ce dernier document. Le lecteur est invité également à se référer au rapport de Fleury et Grenier (2012), rédigé pour le compte du Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) et dont est en grande partie extraite l'information colligée dans cette section.

Enfin, le présent cahier mentionnera néanmoins (lorsque pertinent) si ces pratiques ont été classées comme étant des pratiques basées sur des données probantes, des pratiques prometteuses ou des pratiques novatrices par Desrosiers et collègues (2010)<sup>2</sup>, lesquels ont tenu compte dans leur recension du « poids de la preuve associé aux différentes pratiques recensées, selon l'état des connaissances actuelles » (p. 12)<sup>2</sup>.

## Dépendance : approches, thérapies, stratégies, programmes ou modèles

### 5.3.1.1 Approches cliniques

#### Approche biopsychosociale

L'approche biopsychosociale est à la fois un modèle théorique et un outil clinique. « Sur le plan théorique, il s'agit d'une représentation de l'être humain dans laquelle les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux participent simultanément au maintien de la santé ou au développement de la maladie. Aucune de ces trois catégories de déterminants de la santé ne se voit accorder de prépondérance a priori (même si leur importance relative peut varier) » (p. 1512)<sup>383</sup>. Une telle approche oblige sur le plan clinique à examiner toutes les composantes de la vie d'une personne afin de fournir un diagnostic, puis le traitement adéquat qui s'ensuit. De plus, le traitement n'a pas pour but uniquement de réduire les symptômes, mais doit aussi être adapté aux besoins biologiques, psychologiques et sociaux de la personne afin de favoriser son rétablissement<sup>384</sup>. Cette approche a particulièrement été mise de l'avant dans le réseau public de la réadaptation dans le programme-services Dépendances depuis les années 1970<sup>5</sup> et dans l'organisation des services de santé mentale au Québec depuis l'instauration de la Politique de Santé mentale de 1989<sup>385</sup>.

#### Approche systémique

L'approche systémique a vu le jour dans les années 1950 avec le développement des thérapies familiales<sup>386</sup>. Il s'agit d'une approche qui se veut intégrative, c'est-à-dire qui ne se limite pas au diagnostic et au traitement des symptômes, mais qui favorise la réinsertion de la personne ayant des TUS dans les différents contextes sociaux où elle évolue (famille et voisinage). La personne est vue ici en interrelation constante et circulaire avec les autres membres des structures sociales dont elle fait partie<sup>387</sup>. L'approche a pour objectif d'amener la personne et les membres de son entourage à prendre conscience du système relationnel dans lequel ils vivent et qu'ils ont développé<sup>388</sup>. L'intervention doit ainsi tenir compte des effets que la consommation de la personne exerce sur son environnement familial et social et, inversement, chercher à prévenir les répercussions négatives qu'un dysfonctionnement familial ou social entraîne sur la personne atteinte. L'approche systémique peut s'appliquer dans le cadre d'une thérapie individuelle ou de groupe. Plusieurs études ont démontré l'efficacité des programmes utilisant cette approche<sup>389</sup>.

## Approche du rétablissement (*Recovery*)<sup>xxxv</sup>

Le rétablissement n'est pas une pratique en soi, mais plutôt un concept multidimensionnel et complexe qui est à la fois « un processus, une perspective, une vision et un principe guidant les pratiques »<sup>390</sup>. Ce concept a tout d'abord émergé dans le domaine de la dépendance (programme des douze étapes des AA<sup>xxxvi</sup>, pour qui le rétablissement implique une abstinence à vie) pour être ensuite décrit au début des années 1980 par des « usagers survivants » (*consumer survivors*), qui ont raconté par écrit comment l'expérience d'un trouble mental grave avait transformé leur vie. Il n'y a pas de définition précise et universelle du rétablissement, car celui-ci est en fait un processus de changement unique et personnel<sup>391</sup>. Les écrits l'associent cependant à l'espoir, à la spiritualité, à l'acceptation, à l'engagement, au soutien des pairs ainsi qu'à l'acquisition du pouvoir d'agir<sup>392</sup>.

Le rétablissement implique aussi un rapport plus égalitaire entre l'utilisateur et les professionnels de la santé, notamment quant au traitement, incluant la médication. Dans l'organisation des services, les pairs sont aussi appelés à participer aux structures de prise de décision et à y travailler en tant que pairs aidants, et l'accès aux services d'entraide est renforcé. Le rétablissement implique le développement de nouveaux sens et buts à sa vie, établis par l'utilisateur. Par ailleurs, dans une logique de rétablissement, une rechute ou une nouvelle hospitalisation ne doivent pas être perçues comme un échec, mais plutôt comme une expérience permettant à l'individu d'apprendre et de grandir<sup>393</sup>. De même, le rétablissement n'implique pas nécessairement l'éradication totale du trouble en question, et une personne peut se considérer comme rétablie même si elle continue de prendre des médicaments, consomme toujours des SPA ou si elle présente toujours des symptômes résiduels<sup>394</sup>.

## Approche axée sur les forces

L'approche axée sur les forces va de pair avec le rétablissement, car la personne utilisatrice y est perçue comme le maître d'œuvre de la relation d'aide. Elle repose sur le principe que chaque individu possède « la capacité inhérente d'apprendre,

---

<sup>xxxv</sup> Sujet abordé préalablement dans ce document; le lecteur est ainsi invité à lire en complémentarité la section 5.1 de ce rapport.

<sup>xxxvi</sup> Le programme des 12 étapes est un programme de rétablissement basé sur des principes spirituels, qui a été élaboré en 1939 par le fondateur des AA. Il décrit des attitudes et des activités considérées comme importantes pour atteindre et maintenir la sobriété. Plusieurs de ces étapes font référence à Dieu, tel que le conçoit la personne, alors que les autres précisent un certain nombre d'activités permettant d'éliminer les comportements causés par l'abus d'alcool (« dresser un inventaire moral, minutieux de soi-même », « avouer ses torts », « dresser une liste des personnes que l'on a lésées et faire amende honorable », etc.). D'abord utilisées pour aider les personnes ayant un problème d'alcool à cesser de boire, les douze étapes ont ensuite été appliquées avec succès pour autres problèmes de dépendance (drogue, jeu). Elles ont également été adaptées pour soutenir les familles (Al-Anon) et les enfants adolescents (Alateen) des personnes alcooliques (p. 87)<sup>3</sup>.



de grandir et de changer »<sup>395</sup>. L'intervention est centrée sur les forces et les intérêts de la personne plutôt que sur sa problématique ou ses problèmes. Elle est orientée vers l'atteinte des buts fixés par l'utilisateur lui-même. La relation usager/intervenant est essentielle (alliance thérapeutique) ayant explicitement pour objectif de développer l'espoir de l'utilisateur<sup>395</sup>. Par ailleurs, la communauté est perçue comme étant un vaste réseau de partenaires potentiels susceptibles d'offrir du soutien<sup>396</sup>. Compte tenu de ces principes, les rencontres au bureau des professionnels de la santé sont contre-indiquées, et les interventions ont lieu là où la personne vit et interagit. D'abord utilisée avec les personnes ayant des troubles mentaux graves, l'approche axée sur les forces a depuis été adaptée à d'autres types d'utilisateurs, dont des personnes vivant des problématiques multiples (santé mentale, criminalité, TUS, instabilité résidentielle)<sup>395</sup>. Le soutien d'intensité variable, le programme de soutien à l'emploi (*individual and placement support*)-introduits dans une sous-section ultérieure la thérapie axée sur la recherche de solutions<sup>xxxvii</sup>, surtout déployée en santé mentale mais comprenant des utilisateurs avec troubles concomitants élevés de SPA (*solution-focused brief therapy*)<sup>399</sup>, ainsi que le développement communautaire reposant sur les actifs<sup>xxxviii</sup> (*asset-building model of community development*)<sup>400</sup> sont des interventions qui s'inscrivent dans l'approche axée sur les forces<sup>3</sup>.

## Approche de réduction des méfaits

Certaines approches de traitement des TUS sont fondées sur l'abstinence, notamment celle des AA et des NA. Tandis que des approches parallèles visent d'autres objectifs que l'abstinence, soit la réduction des méfaits. Définie comme une démarche de santé collective, l'approche de réduction de méfaits vise à ce que les utilisateurs puissent soit développer des moyens de réduire les conséquences négatives liées à leurs comportements, soit les prévenir<sup>401</sup>.

Cette approche est particulièrement utile en début de traitement quand la personne est peu motivée à mettre fin à ses mauvaises habitudes. En effet, le changement désiré n'implique pas immédiatement ou nécessairement l'arrêt du comportement à risque. L'approche de réduction des méfaits aurait été adoptée dans le programme-services Dépendances dans les années 1990, et est celle qui est la plus couramment utilisée pour le traitement des troubles concomitants

<sup>xxxvii</sup> La thérapie axée sur la recherche de solutions met l'accent sur les forces, les solutions et un avenir meilleur, plutôt que sur la pathologie des utilisateurs, qu'inspire et incite les utilisateurs à se prendre en main. Les utilisateurs sont les experts quand il s'agit de leur vie et au lieu d'explorer les problèmes actuels et les causes passées, cette thérapie explore les ressources actuelles et les espoirs futurs de la personne<sup>397</sup>.

<sup>xxxviii</sup> Le développement communautaire reposant sur les actifs est une démarche qui responsabilise les individus et les communautés en se concentrant sur leurs forces, actifs et compétences. Cette approche responsabilise les individus et les communautés au lieu de les déresponsabiliser. Elle cherche à développer les capacités et à mobiliser les individus et leurs communautés tout en reconnaissant ses forces pour solutionner leurs problèmes<sup>398</sup>.

de santé mentale et de TUS<sup>402</sup>. Lecavalier et collègues (2001) mentionnent que l'utilisation de l'approche de réduction des méfaits en milieu de réadaptation implique donc que la définition de succès thérapeutique est fixée en termes d'amélioration de la qualité de vie, plutôt qu'en termes de quantité de SPA consommée. Cette approche suppose également que l'organisation des services offerts doit s'adapter aux usagers et non l'inverse (ex. : heures d'ouverture, visites à domicile ou dans la rue)<sup>5</sup>.

Les études démontrent que cette approche réduit considérablement la morbidité et la mortalité reliées aux comportements à risque et a des répercussions positives sur l'état de santé global<sup>403</sup>. L'approche de réduction des méfaits permet en effet l'ouverture à une gamme de services (désintoxication, réhabilitation, soutien psychologique, soins de santé, etc.) pour des individus qui n'y ont généralement pas accès. Elle leur évite aussi l'emprisonnement et la judiciarisation. De plus, elle s'avère très économique, comparativement à des programmes plus généraux de lutte contre les mauvaises habitudes<sup>3</sup>.

Les programmes d'échange de seringues et les services d'injection supervisée, les programmes opération « Nez Rouge » et « Alcochoix+ » sont autant d'exemples d'intervention inspirées de cette approche humaniste où sans porter un jugement moral sur la consommation, on incite les consommateurs à adopter des comportements qui réduisent les risques associés<sup>404</sup>. Dans ce qui suit une brève présentation de ces programmes est effectuée :

**Les centres d'accès au matériel d'injection (CAMI)** sont des endroits où les personnes UDI peuvent se rendre pour obtenir du matériel d'injection stérile, des conseils de prévention ainsi que d'autres services psychosociaux. Ce réseau, mis en place au Québec à la fin des années 1980, est composé par des organismes communautaires (9 %), des établissements du réseau de la santé et des services sociaux (33 %) ainsi que des pharmacies (58 %), dont 820 répartis dans 16 régions sociosanitaires, les premiers étant tout de même ceux qui distribuent la plus grande quantité de matériel d'injection<sup>405</sup>.

**Un service d'injection supervisée (SIS)** est un service offert dans des lieux où des personnes UDI peuvent s'injecter des drogues qu'elles apportent elles-mêmes, dans de bonnes conditions d'hygiène et de sécurité, et sous la supervision d'un personnel médical, infirmier et psychosocial formé. La Cour suprême du Canada confirmait en septembre 2011 le caractère légal d'*Insite* (Vancouver), SIS ayant démontré que son service permettrait de sauver des vies, d'améliorer l'état de santé des usagers, et ce, sans entraîner d'effets négatifs sur le quartier<sup>406</sup>. Au Québec (à Montréal spécifiquement), l'implantation de quatre SIS a été annoncée, dont le CSSS Jeanne-Mance serait chargé de l'organisation des services médicaux,

ainsi que de la coordination avec les organismes communautaires (Cactus, Spectre de rue et Dopamine)<sup>407</sup>.

« **L'Opération Nez rouge** » est un service qui a été créé au Québec en 1984, et qui vise à prévenir les accidents de la route en valorisant, par une approche non moralisatrice, l'adoption d'un comportement responsable face à la conduite avec facultés affaiblies. Offert « à la communauté par la communauté », le service le plus connu d'Opération Nez rouge est celui destiné aux automobilistes, à savoir le service de raccompagnement accessible et confidentiel. Il s'adresse aussi aux personnes qui n'ont pas consommé de l'alcool, mais qui ne se sentent pas en état de conduire à cause de la fatigue ou de la consommation de médicaments, par exemple<sup>406, 408</sup>.

« **Alcochoix+** » est un programme de prévention secondaire qui vise à réduire la consommation d'alcool à risque pour les buveurs adultes qui présentent des risques ou rapportent des problèmes associés à cette consommation sans avoir pourtant développé de dépendance. Le programme a été créé en 2003 par une équipe de chercheurs du RISQ, grâce à une subvention accordée par le MSSS, et implanté l'année suivante dans quatre régions pilotes (Montréal, Québec, Chaudière-Appalaches et Laval) après avoir formé près d'une trentaine d'intervenants qui l'ont expérimenté auprès de plus d'une centaine de personnes (n=112). L'évaluation de l'implantation de ce programme a obtenu des résultats très favorables dans l'ensemble, tant du côté des intervenants que des usagers. Cette évaluation aurait permis également d'en améliorer le contenu (guide des usagers et manuel de formation) en fonction de leurs commentaires et par le biais d'un processus de modification-expérimentation-rétroaction jusqu'à l'obtention de résultats satisfaisants en ce qui a trait à certains exercices proposés dans les manuels<sup>409</sup>.

Le programme est offert dans 76 des 93 CSSS mission CLSC du Québec, selon trois formules : formule autonome, formule guidée ou formule de groupe. Inspiré de l'entretien motivationnel, le programme est également basé sur une intervention brève de type cognitive-comportementale<sup>409, 410</sup>. Les ingrédients actifs d'Alcochoix+ correspondent selon ses concepteurs aux éléments communs des programmes de boire contrôlé : auto-observation de la consommation, établissement d'un objectif de traitement spécifique, identification des situations à haut degré de risque, stratégies pour réduire ou éviter la consommation, stratégies d'adaptation autres que la consommation et auto renforcement pour l'atteinte d'objectifs (Miller et coll., 1992; cité par Cournoyer et coll., 2009)<sup>409</sup>.

Introduit en 2008 en Suisse romande, l'efficacité d'Alcochoix+ a été évaluée dans ce pays de manière multicentrique et ce, avant et après la fin du programme. Les

chercheurs ont constaté que le recrutement était faible, et que ce programme avait tendance à attirer des consommateurs excessifs, voir « en particulier des hommes avec une probable dépendance modérée ». Toutefois, les participants qui ont terminé le programme ont en moyenne réduit leur consommation de plus de la moitié et leur qualité de vie s'est améliorée; les changements ont persisté 12 mois après la fin du programme. La satisfaction envers le programme était partagée par la plupart des participants (70 %) et tous les intervenants. Les chercheurs recommandent qu'une étude randomisée contrôlée soit réalisée pour évaluer l'efficacité d'Alcochoix+ chez des consommateurs à risque<sup>411</sup>.

### Approche par étapes (*Stepped-Care*)

L'approche par étapes ou modèle de soins par paliers est un modèle de prestation de soins dans lequel les interventions sont réalisées de façon hiérarchique à partir des besoins de l'utilisateur<sup>3</sup>. Il s'agit d'une approche pragmatique et flexible, qui s'intègre très bien dans le modèle des soins chroniques<sup>3</sup> (modèle développé plus loin), où le plan de traitement sera ajusté ou modifié afin d'aider l'individu à atteindre ses objectifs en lui offrant les soins minimaux nécessaires pour obtenir le résultat désiré<sup>412</sup>. À cet égard, une forme plus intensive des différents soins ou traitements est offerte uniquement quand une forme moins intensive a été insuffisante pour l'atteinte des objectifs. L'évaluation et le suivi du progrès de l'utilisateur permettent de déterminer si les soins doivent être soit intensifiés, soit diminués si un traitement moins intensif est conseillé<sup>413</sup>. Plus les problèmes sont complexes, plus les interventions le sont également. À l'aide des systèmes et procédures standardisés permettant de faire un meilleur usage des ressources<sup>414</sup>, les interventions moins complexes offertes dans la communauté sont d'abord privilégiées, et les services spécialisés ne sont utilisés que si l'état de la personne utilisatrice ne s'améliore pas<sup>415, 416</sup>. Cette approche se révèle une stratégie de soins efficiente intégrant une perspective populationnelle et une évaluation étroite du progrès de l'intervention et de son impact chez les usagers. Par ailleurs, le choix du traitement tient compte non seulement de la sévérité des symptômes, mais aussi des caractéristiques sociales et personnelles et des préférences de la personne utilisatrice<sup>3</sup>.

Outre son utilisation pour les troubles mentaux notamment la dépression et certains troubles chroniques de santé, tels que l'hypertension, le diabète ou l'asthme<sup>417</sup>, l'approche par étapes a été également examinée dans le domaine des TUS pour le traitement du tabagisme<sup>xi</sup>, de l'alcool<sup>418, 419</sup> et d'autres drogues<sup>420, 421</sup> ainsi que pour les troubles concomitants de santé mentale et de TUS<sup>422</sup>. Les

---

<sup>xi</sup> Il est à noter que le traitement du tabagisme n'est pas inclus dans le programme-services Dépendances au Québec contrairement à certains pays où il est intégré aux programmes en lien avec l'alcool, la drogue et le jeu pathologique.

études réalisées ont montré que l'approche *stepped-care* est efficace pour diminuer la consommation des SPA<sup>421, 423</sup> et des résultats favorables quant à l'engagement au traitement des usagers ayant un TUS à la méthadone et de sa rétention en traitement ont été aussi rapportés, ces usagers étant souvent aux prises avec de multiples besoins<sup>424</sup>. Les études axées sur l'efficacité de cette approche sur d'autres usagers montrent que cette dernière permettrait de réduire les listes d'attente, d'améliorer le rapport coût/efficacité des interventions, dont les soins psychosociaux<sup>425</sup> et d'accroître la satisfaction des personnes envers les services qui leur sont offerts<sup>415</sup>.

Le rapport publié par Santé Canada au sujet des meilleures pratiques pour les troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et toxicomanie mentionne que l'approche par paliers est associée au continuum de soins, ce qui rendrait favorable l'engagement des usagers dans une démarche de traitement jugée moins « perturbatrice », pour passer ensuite à un traitement par paliers « plus accéléré ou décéléré au besoin et selon les résultats du suivi continu »<sup>168</sup>.

### Modèles de traitement basés sur l'approche des 12 étapes

Reconnus comme efficaces, les modèles d'intervention pour le traitement du TUS-alcool basés sur l'approche des 12 étapes (souvent désignée « modèle Minnesota ») sont largement utilisés au Québec et aux États-Unis<sup>426, 427</sup>. L'approche est apparue dans les années 1940, lorsque le mouvement des AA et son message se sont répandus aux États-Unis, et une unité hospitalière de traitement pour ce trouble a été mise en place par certains ex-alcooliques au Minnesota<sup>428</sup>. Les modèles de traitement basés sur une approche de 12 étapes sont en général offerts en contexte résidentiel, en combinant une variété d'interventions avec une formation approfondie sur la philosophie AA et des 12 étapes<sup>2</sup>. De plus, les personnes seraient fortement encouragées à participer à des rencontres AA durant et après le traitement<sup>429</sup>. Toutefois, comme mentionné par Desrosiers et collègues (2010), en raison de l'étendue de cette catégorie de traitement « il devient difficile de départager les éléments d'efficacité y étant associés (ex. : est-ce le fait que la personne soit à l'interne, est-ce l'adhésion du centre à la philosophie des 12 étapes, etc.) » (p. 53)<sup>2</sup>.

Il ne faut pas confondre les modèles de 12 étapes avec les groupes d'entraide AA qui offrent de l'aide par des pairs, c'est-à-dire dans un contexte non professionnel (ex. : rencontres de groupe où la personne peut entendre des témoignages de vie et parler d'elle-même sans être jugée, accompagnement de type « parrainage »)<sup>2</sup>. En effet, le mouvement AA est défini quant à lui par une double structure, d'une part le fondement idéologique de 12 étapes qui guide les principes de base pour atteindre et maintenir la sobriété (alcool) et, d'autre part, le soutien social assuré

par l'entremise d'une communauté ou fraternité<sup>430</sup>. On estime que le mouvement des AA est d'ailleurs la source d'aide la plus utilisée au monde pour venir en aide aux personnes aux prises avec un TUS-alcool<sup>430</sup>.

Si les groupes de type AA ou NA sont très populaires parmi les personnes aux prises avec un TUS, les études où les usagers ont été distribués au hasard entre un traitement *bona fide*<sup>xii</sup> et une participation directe à des groupes d'entraide de type AA ou NA se font plus rares (Kaskutas, 2009; cité par Desrosiers et coll., 2010)<sup>2</sup>.

Plusieurs études ont constaté que les usagers ayant un TUS-alcool qui ont participé à des rencontres des groupes d'entraide ont des meilleurs résultats de traitement après un traitement formel (1 an : Moos et coll., 2001<sup>431</sup>; 2 ans : Ritsher, Moos, & Finney, 2002<sup>432</sup> et 5 ans : Ritsher, McKellar, Finney, Otilingam & Moos, 2002)<sup>433</sup>, par rapport aux usages qui adhèrent moins à ces groupes. Selon ces études, il semblerait que le nombre de rencontres serait notamment associé à l'abstinence et à la rémission de ces usagers. Moos et Moos (2005) ont rapporté qu'une participation à plus long terme chez des groupes AA était associée également à une meilleure rémission à plus long terme chez les usagers qui avaient participé à ces groupes d'entraide de façon concomitante à l'amorce du traitement pour un TUS-alcool et ayant été suivis jusqu'à 16 ans après son admission<sup>204</sup>. Ces mêmes auteurs avaient observé « qu'une durée au sein du mouvement d'entraide pour une période d'au moins 7 mois est également associée à un meilleur rétablissement au long cours » (Moos et Moos, 2006; cité par Desrosiers et coll., 2010)<sup>2</sup>.

D'autre part, comparé à un traitement habituel, le fait d'imposer un usager à participer à des groupes d'entraide tel que les AA donne des résultats négatifs. Par contre, si la personne a choisi elle-même de participer à des rencontres AA, elle obtiendrait un résultat de traitement équivalent ou même supérieur<sup>434</sup>. Ceci indiquerait selon Desrosiers et collègues (2010) « l'importance de l'intérêt envers les AA comme facteur d'efficacité de cette intervention » (p. 55)<sup>2</sup>. Enfin, une recension des écrits réalisée en 2009 (n=19 études) et qui visait à cerner les mécanismes associés à l'efficacité des groupes d'entraide de type AA avait repéré les éléments clés suivants : l'augmentation du sentiment d'efficacité personnelle, le développement des stratégies pour faire face aux envies de même qu'aux situations de consommation, l'augmentation de la motivation ainsi que le soutien pour modifier leur réseau social<sup>426</sup>. À la lumière de ces constats, « la participation aux groupes d'entraide fondés sur les 12 étapes a constamment été associée à un meilleur rétablissement que l'absence de participation » (p. 55), et ce lorsque l'usager accepte sans contrainte de participer à ce mouvement (*résultats prometteurs*)<sup>2</sup>.

<sup>xii</sup> Desrosiers et collègues (2010) indiquent que les traitements *bona fide* (bonne foi) « reposent sur une base théorique définie, ...ils sont guidés par un manuel comportant des composantes spécifiques et... ils sont dispensés par des thérapeutes formés adéquatement » (p. 101)<sup>2</sup>.

En outre, il existe la *Twelve-Step Facilitation Therapy* (TSF), qui est un protocole d'intervention manualisé offert par un professionnel, conçu pour faciliter l'engagement dans les groupes AA<sup>426</sup>, protocole notamment évalué dans le cadre du projet MATCH<sup>xlii, 427</sup>. La TSF se déroule sur 12 semaines dans le cadre de 12 sessions hebdomadaires. Comparé à la thérapie cognitive-comportementale et à la MET dans le cadre de l'étude MATCH, la TSF semble être similaire en termes d'efficacité 1 an et 3 ans après le traitement. Ce projet aurait aussi mis en lumière que les usagers ayant une sévérité psychiatrique plus faible et ceux ayant une dépendance à l'alcool plus grande semblaient bénéficier davantage de la TSF. Cette dernière était néanmoins encore plus bénéfique pour les usagers ayant un réseau social favorisant et valorisant la prise d'alcool excessive, et ce lorsqu'évalués 3 ans après le traitement. De plus, l'efficacité similaire entre TSF et la TCC a été rapporté, selon la recension de Desrosiers et collègues (2010), dans une autre étude contrôlée (Brown et coll., 2002; cité par Desrosiers et coll., 2010)<sup>2</sup>. D'après Desrosiers et collègues (2010), la TSF est un protocole d'intervention recommandé, basé sur des données probantes (*résultats prometteurs*) pour les usagers qui préfèrent l'abstinence comme but thérapeutique<sup>2</sup>.

### 5.3.1.2 Thérapies psychosociales et traitement pharmacologique

#### Thérapies cognitives-comportementales

Les thérapies cognitives-comportementales (TCC) sont des interventions visant à remplacer à la fois le mode de pensée (cognition), les émotions et la réaction (comportement) en adéquation avec la réalité<sup>435, 436</sup>. Offerte sur une période de temps limité (approximativement entre 10 à 20 sessions)<sup>437</sup> et souvent par des approches structurées et manualisées<sup>438</sup>, la TCC contribue à contrer progressivement les émotions pénibles en modifiant les pensées, croyances et comportements de l'usager « par le désapprentissage ou par des expériences d'apprentissage nouvelles et plus adaptatives »<sup>439</sup>. Particulièrement chez les personnes ayant des problèmes de consommation, les TCC apportent un soutien et une information adaptée sur les mécanismes de la consommation, des TUS et les effets du sevrage<sup>440, 441</sup>.

Le terme TCC peut englober un ensemble d'interventions différentes en termes d'application, un ensemble de théories (théories de l'apprentissage social, théories cognitives) et des techniques qui les caractérisent, à savoir : a) l'augmentation d'activités en remplacement de la consommation; b) le renforcement des capacités de refus de la consommation et de transaction avec les situations à risque de rechute; c) un effort sur le contrôle des facteurs pouvant déclencher le besoin de

<sup>xlii</sup> Consulter l'annexe 5- tableau 1 pour avoir un aperçu du projet MATCH.

consommation et/ou de rechute; et d) l'analyse fonctionnelle de la consommation des SPA (facteurs favorisant la consommation et les conséquences de celle-ci)<sup>442, 443</sup>. Le monitoring des pensées reliées à la consommation et la pratique d'habiletés au cours de sessions ou à l'extérieur sont également largement utilisés dans les TCC qui sont souvent des approches structurées et manualisées. Desrosiers et collègues (2010) mentionnent que de nombreuses études utilisant des échantillons très variés ont confirmé l'efficacité de la TCC dans le traitement de TUS, tant pour l'alcool comme pour les drogues illicites<sup>2, 444, 445</sup> (*résultats probants*), tel que démontré dans l'une des plus grandes études contrôlées et réalisées auprès de personnes ayant un TUS-alcool, le projet MATCH<sup>xliii, 427</sup>. De plus, les TCC ont été souvent utilisées en combinaison avec d'autres approches d'intervention, dont le traitement psychosocial, et leur combinaison produirait des effets plus importants que la TCC seule et que la TCC combinée à un traitement pharmacologique (*résultats probants*). Une étude multicentrique contrôlée très rigoureuse visant à étudier l'efficacité des interventions pharmacologiques et comportementales pour le traitement du TUS-alcool, le projet COMBINE, intégrait la TCC, le modèle de 12 étapes, l'entretien motivationnel et différents systèmes de soutien externes. Desrosiers et collègues (2010) rapportent que, d'après les résultats du projet COMBINE<sup>446</sup>, la TCC était efficace pour le traitement du TUS-alcool, et que les différentes combinaisons d'interventions incluant la TCC, seule ou avec une médication, étaient plus efficaces que les combinaisons d'approches sans TCC<sup>2</sup>. Des études plus récentes suggèrent d'associer la TCC avec d'autres interventions psychosociales, telles que le *Contingency Management* (CM), la pharmacothérapie et l'entretien motivationnel (ces deux derniers seront développés plus loin) (*résultats prometteurs*)<sup>2</sup>.

### **Approche de renforcement par la communauté**

Plus connue sous le nom de *Community Reinforcement Approach* (CRA), il s'agit d'une approche thérapeutique comportementale cognitive ciblant le milieu comme élément clé de la réussite du traitement. Le fondement de base de cette approche peut se résumer ainsi : « *At the core of CRA is the belief that an individual's environment can play a powerful role in encouraging or discouraging drinking and drug use* »<sup>447</sup>. La CRA utilise de ce fait les ressources puisées dans l'environnement de l'utilisateur à l'instar des liens familiaux, du réseau social, des ressources récréatives et occupationnelles pour essayer d'apporter un changement dans la consommation des SPA, soit le développement, le maintien ou la réduction des habitudes de consommation<sup>2, 443, 448, 449</sup>.

En somme, le but est de réorganiser les contingences environnementales de manière à favoriser les comportements de sobriété au détriment de la

<sup>xliii</sup> Consulter l'annexe 5- tableau 1 pour avoir un aperçu du projet MATCH.



consommation des SPA<sup>443, 449, 450</sup>. Pour atteindre ses objectifs, la CRA procède d'abord à une analyse fonctionnelle des comportements de consommation, ce qui permet de déceler les déterminants individuels et environnementaux du renforcement et du maintien de l'usage des SPA<sup>451-454</sup>. Par la suite, un échantillon de sobriété est demandé à l'utilisateur afin d'exercer les habiletés nécessaires à l'arrêt de consommation et de cerner les aspects renforçateurs de la vie quotidienne en l'absence de consommation de SPA. Par la suite, un plan de traitement est élaboré en privilégiant les éléments de satisfaction de la vie des usagers dans divers domaines, et en sélectionnant ceux pour lesquels des améliorations sont souhaitées<sup>455-457</sup>. Le plan inclut généralement, de façon routinière, l'apprentissage d'habiletés à la résolution de problèmes, à la consommation et au refus de la consommation. Desrosiers et collègues (2010) rapportent que l'efficacité de la CRA est reconnue comparée aux traitements offerts habituellement dans les centres de réadaptation, quoi que les traitements offerts seraient plutôt variables d'une étude à l'autre (*résultats prometteurs*)<sup>2</sup>.

### Prévention de la rechute

Utilisée comme unique traitement ou après le traitement traditionnel (*aftercare*), cette approche vise à enseigner aux usagers une vaste gamme de techniques, traditionnellement associées à l'approche cognitive et comportementale<sup>xliv</sup> et pouvant l'aider à préciser, prévenir ou à prendre en charge des situations de risque de rechute, soit un retour à la consommation de courte durée (écart) ou un retour prolongé aux niveaux précédents de consommation (rechute) à la suite d'une période de modération ou d'abstinence<sup>458, 459</sup>.

Popularisée par Marlatt et collègues (1985), l'approche de prévention de la rechute (PR) soutient que la rechute est un processus à long terme, et non un événement ponctuel. Étant donné que plusieurs situations à risque élevé peuvent se révéler problématiques pour les bénéficiaires, il est important d'identifier au maximum ces situations et d'y remédier<sup>460</sup>. Les situations à risque les plus probables sont des fréquentations, des lieux susceptibles d'inciter à la consommation, des sentiments et des pensées qui peuvent mener à un écart ou à une rechute. Face à

---

<sup>xliv</sup> Desrosiers et collègues (2010) mentionnent que plusieurs auteurs suggèrent d'ajouter des composantes pour améliorer l'efficacité et la pertinence clinique du modèle cognitif-comportemental de prévention de la rechute (PR). Parmi ces ajouts, on mentionne que l'enseignement de la méditation combinée à un programme de PR de type cognitif-comportemental serait une *pratique prometteuse* pour la PR. Cette technique aiderait les usagers à mieux gérer leur stress et les périodes de *craving*. Ces auteurs ont aussi répertorié d'autres avenues prometteuses, soit l'individualisation de la PR aux profils de l'individu (notamment à la substance consommée, son histoire de consommation et ses relations interpersonnelles), les programmes de réinsertion socioprofessionnelle et les programmes de contingence. Ces derniers offrent des habiletés liées à l'emploi et donnent accès à un emploi rémunéré contingent à l'abstinence de l'utilisateur, impliquant donc un monitoring à long terme et régulier de l'abstinence, contrôlé par un test d'urine<sup>2</sup>.

une situation à risque, deux types de réactions sont envisageables chez l'individu : soit l'utilisation de techniques d'adaptation efficaces permettant d'accroître son niveau de confiance et de diminuer son risque d'écart ou de rechute, soit l'usage de techniques inefficaces qui ébranleront sa confiance ou des attentes positives quant aux sensations que produirait la consommation<sup>461</sup>.

L'approche de PR prône la compréhension chez les usagers que la rechute est un processus et qu'ils ont avantage à utiliser des stratégies d'adaptation efficaces pour éviter de rechuter. On les aide à faire une planification d'un plan de prévention de la rechute qui correspond à leurs propres besoins. On leur enseigne aussi comment éviter une situation à risque spécifique en développant des stratégies d'adaptation de nature cognitive (ex. : résolution de problèmes, remise en question de modes de réflexion dénaturés et remplacement de pensées destructives par des pensées productives) et comportementale (ex. : aptitudes sociales, relaxation, confiance en soi, modélisation prosociale et analyse fonctionnelle). Généralement, il est conseillé d'élaborer avec les usagers, des approches séquentielles : tout d'abord, le thérapeute explique la technique, l'usager la répète, puis il la met en application une fois sortie du centre de traitement. Le plan de prévention contient des indications sur la façon de parvenir à un mode de vie équilibré, et un plan d'urgence sur la façon de réagir en cas d'écart ou de rechute. De son côté, le clinicien utilise le plan de prévention pour surveiller les progrès réalisés par l'usager tout au long du traitement et du suivi<sup>462</sup>.

Bien que le modèle cognitif-comportemental de PR serait celui qui a été le plus étudié et qui s'est montré efficace pour prévenir la rechute chez les personnes qui ont un TUS, le modèle des 12 étapes – développé antérieurement – a été également examiné comme une intervention post-traitement de PR, et des études montrent qu'il constitue un modèle d'intervention aussi efficace pour prévenir la rechute, malgré le fait que peu de ces études reposent sur un devis d'essai contrôlé. La revue réalisée par Desrosiers et collègues (2010) conclut que lorsque la PR de type cognitif-comportemental a été comparée à d'autres modèles, comme le modèle des 12 étapes par exemple, son efficacité est semblable pour maintenir les gains à plus long terme (*résultats probants*)<sup>2</sup>.

## Approches motivationnelles

### Entretien motivationnel

Développé par W. Miller et S. Rollnick dans les années 1990, l'entretien motivationnel (EM) constitue l'un des types d'intervention parmi les approches motivationnelles les plus largement étudiées et utilisées, développé notamment dans les pays anglo-saxons et dans le programme-services Dépendances<sup>463</sup>. Ses auteurs la définissent

comme une « méthode de communication directive centrée sur l'utilisateur et visant à l'augmentation de la motivation intrinsèque par l'exploration et la résolution de l'ambivalence »<sup>464</sup>, ou dans d'autres mots, l'EM a « pour objectif de faire ressortir chez la personne des arguments en faveur d'un changement »<sup>465</sup>.

Ses quatre principes résument l'esprit général et la philosophie de l'EM : 1) faire preuve d'empathie : il s'agit de développer une communication empathique contrôlée qui est une écoute respectant le discours de l'utilisateur avec une réelle volonté de comprendre ce que ce dernier a en tête, ce qui contribue à le mettre en confiance et l'encourage à se dévoiler, à exprimer ses craintes, ses aspirations et ses valeurs qui à la fin deviennent un riche matériel de travail; 2) développer les divergences : consiste à créer dans la façon de voir de l'utilisateur une divergence entre son comportement actuel et ses valeurs de référence ou ses objectifs personnels, afin d'augmenter de façon sensible sa perception des inconvénients du *statu quo*; 3) rouler avec la résistance : il s'agit d'inviter l'utilisateur à prendre en considération de nouveaux points de vue et de l'amener à devenir l'acteur dans la résolution de problèmes tout en évitant la confrontation; et 4) renforcer le sentiment d'efficacité personnelle : permet d'augmenter la confiance de l'utilisateur dans ses capacités à surmonter les obstacles<sup>464, 466, 467</sup>.

Diverses modalités d'utilisation clinique peuvent être envisagées; l'EM peut être utilisé seul, comme introduction à un autre traitement, ou lorsque surgissent des problèmes de motivation au cours du traitement ou encore intégré dans un modèle plus large de traitement<sup>467, 468</sup>.

Les études ont démontré que l'EM est plus efficace que le counselling traditionnel, qui est plus directif, pour les problèmes de dépendance. Ainsi, il réduit significativement le nombre de jours à forte consommation d'alcool ainsi que le nombre de visites à des professionnels de la santé<sup>469</sup>. Deux méta-analyses ont confirmé l'efficacité de l'EM auprès des personnes qui abusent d'alcool ou qui en sont dépendantes<sup>2, 468, 470</sup>, et des résultats semblables ont été trouvés pour les TUS-drogues illicites<sup>468, 471, 472</sup>. D'après Desrosiers et collègues (2010), ces études montraient que l'EM permet d'avoir des résultats à court terme supérieurs à ceux des traitements utilisés comme groupes de comparaison, mais équivalents à long terme à d'autres approches qui durent en moyenne plus longtemps<sup>2</sup>. Selon ces auteurs, une méta-analyse conclut également que l'EM a un effet plus marqué chez les usagers résistants qui ne sont pas prêts au changement<sup>468</sup>. Enfin, l'EM lorsqu'il est utilisé au début d'un programme de traitement combinant plusieurs approches, favorise la fidélité au traitement<sup>468</sup>.

## ***Motivational Enhancement Therapy***

La *Motivational Enhancement Therapy* (MET) est la forme d'intervention brève basée sur les principes de l'EM dont l'efficacité a été la mieux démontrée<sup>2</sup>, notamment par l'évaluation faite de cette intervention dans le projet MATCH<sup>427</sup> (tel que déjà indiqué, ce dernier est l'une des plus grandes études contrôlées reconnues dans le domaine de l'alcoolisme)<sup>xlv</sup>. Tout en intégrant les principes de l'EM, la MET se distingue du fait qu'elle constitue un protocole d'intervention « manualisé » qui intègre en outre une nouvelle composante, la rétroaction personnalisée. Dans le projet MATCH, la MET se déroule en quatre sessions offertes sur une durée de 12 semaines. Au cours de la première session, le clinicien doit fournir à l'utilisateur une rétroaction personnalisée. Cette rétroaction est basée sur l'évaluation initiale, qui permet à la personne de situer sa consommation par rapport à des normes populationnelles<sup>473</sup>.

Enfin, le guide pratique développé par Desrosiers et collègues (2010) conclut que les approches motivationnelles, particulièrement l'EM et la MET, constituent des approches de traitement basées sur des données probantes, recommandées pour le traitement des TUS- alcool et drogues (*résultats probants*)<sup>2</sup>. Les approches brèves de l'EM seraient, toujours selon ces auteurs, particulièrement recommandées pour les personnes plus réfractaires au changement ou hostiles, qui ne souhaitent pas s'engager dans une démarche thérapeutique plus longue ou « intrusive » (*résultats prometteurs*)<sup>2</sup>.

## ***Supportive-Expressive Psychotherapy***

La psychothérapie de soutien et d'expression mieux connue comme *Supportive-Expressive Psychodynamic Therapy* (SE) est une thérapie d'orientation psychodynamique d'une durée limitée qui a été développée par L. Luborsky, considéré un des pionniers ayant contribué à l'opérationnalisation et à la recherche empirique de l'approche psychodynamique. Ainsi, la SE a été manualisée et par la suite adaptée pour les usagers ayant un TUS, notamment la cocaïne, le cannabis<sup>2</sup> et l'héroïne<sup>474</sup>. Les difficultés de consommation des SPA sont comprises par la SE comme étant associées aux difficultés interpersonnelles et intrapsychiques de la personne<sup>2</sup>. L'analyse des thèmes centraux reliés aux conflits relationnels<sup>475</sup> est l'élément central de l'intervention, et une attention particulière est accordée au rôle joué par les SPA en lien avec les sentiments et les comportements problématiques, et les moyens de résoudre les difficultés sans recourir aux SPA. La SE comprend deux composantes principales : 1) des techniques de soutien visant à permettre aux usagers de se sentir à l'aise à parler de leurs propres expériences

---

<sup>xlv</sup> Consulter l'annexe 5- tableau 1 pour avoir un aperçu du projet MATCH.

personnelles (développement et renforcement de la relation d'aide, identification et renforcement des forces et des domaines de compétence de l'usager); 2) utilisation de techniques d'expression pour aider l'usager à comprendre ses modèles de relations problématiques, de sorte que l'usager peut travailler à travers ces thèmes dans le cadre de la relation usager-thérapeute.

Selon la recension réalisée par Desrosiers et collègues (2010), sur la base des données tirées d'études de distribution au hasard, la SE constitue un traitement *prometteur*. Toutefois, plus de recherches devront être réalisées dans des populations autres que des cocaïnomanes et des opiomanes et en les comparant avec d'autres approches<sup>2</sup>.

## Traitements pharmacologiques

Le NIDA considère que les TUS sont une problématique complexe et que la plupart des usagers ont besoin d'une offre de service à long terme ou des épisodes répétés de soins pour atteindre leur objectif de traitement<sup>476</sup>. La recherche scientifique menée depuis le milieu des années 1970 montre que le traitement aide les usagers aux prises avec un TUS à arrêter ou diminuer leur consommation de SPA, à éviter les rechutes et à améliorer leur qualité de vie. Selon le NIDA, la médication constitue un élément important pour plusieurs usagers, en combinaison avec du counseling et d'autres thérapies comportementales, pour diminuer les symptômes de sevrage (désintoxication) et comme traitement. Lors qu'envisagée comme traitement, la médication vise à « rétablir le fonctionnement normal du cerveau, prévenir les rechutes et diminuer les envies incontrôlées de consommer (*craving*) »<sup>476</sup>.

Le traitement pharmacologique est une forme de traitement qui s'est avéré efficace pour le traitement du TUS-alcool, en particulier lorsque comparé à l'effet placebo, tel que mentionné dans le guide produit par Desrosiers et collègues (2010)<sup>2</sup>. Toutefois, ce guide mentionne aussi que plus de recherches sont nécessaires pour confirmer si l'ajout d'un traitement pharmacologique en combinaison avec un traitement psychosocial efficace permet d'en augmenter l'efficacité. Par ailleurs, selon les résultats du projet COMBINE, essai clinique américain qui vise à étudier l'efficacité de la combinaison d'un traitement pharmacologique et comportemental pour le traitement de l'alcoolisme<sup>477</sup>, le traitement pharmacologique seul est moins efficace à long terme que l'approche comportementale combinant des stratégies thérapeutiques psychosociales fondées sur des données probantes (TCC, EM, 12 étapes –présentées antérieurement). Au chapitre des drogues illégales, seul le traitement de la dépendance aux opiacés a démontré son efficacité comme pharmacothérapie<sup>2</sup>.

Il existe quatre grandes classes de médicaments utilisés dans les traitements pharmacologiques des TUS : 1) les médicaments aversifs ou antidipsotropes, qui provoquent une réaction très désagréable (ex. : nausées et palpitations) lorsqu'ils sont utilisés avec de l'alcool, comme le disulfiram (antabuse®); 2) les médicaments antiaccoutumance qui cherchent à diminuer le besoin de consommer de l'alcool, comme l'acamprosate (Campral®) et la naltrexone (Revia®); 3) les pharmacothérapies pour les opiacés soit les médicaments de substitution ou de maintien, comme la méthadone et la buprénorphine, qui aident à prévenir les symptômes de sevrage des opiacés dans le but de contribuer à l'abstinence de l'utilisateur ou bien dans une perspective de réduction des méfaits pour éviter la consommation d'opiacés illicites. Enfin, il existe les médicaments psychotropes prescrits pour améliorer l'état psychologique de l'utilisateur – prescrits en général en complément du traitement de la comorbidité – en presumant que cette amélioration aura un impact positif et aidera la personne à réduire sa consommation d'alcool, comme les médicaments pour traiter l'anxiété, le lithium, les antipsychotiques et les antidépresseurs<sup>478</sup>.

D'après Desrosiers et collègues (2010), l'acamprosate et la naltrexone (médicaments antiaccoutumance) constituent des options de traitements pertinents pour les personnes qui ne souhaitent pas s'engager dans un traitement psychosocial. Les études montrent en effet qu'ils peuvent favoriser, respectivement, le maintien de l'abstinence et prévenir la consommation excessive d'alcool (*données probantes*). Cependant, étant donné la variabilité de leurs effets selon la personne et leur efficacité plus grande à court terme, ils devraient être offerts en combinaison avec un traitement psychosocial efficace pour augmenter les chances de succès de l'individu, en particulier à long terme (*données probantes*)<sup>2</sup>.

En ce qui concerne les médicaments antidipsotropes (ou aversifs), les résultats des études sont moins concluants, et ce médicament pourrait être recommandé plutôt pour les personnes très motivées qui l'utilisent de manière épisodique et afin de mieux gérer des situations précises à haut risque de rechute pour la consommation d'alcool<sup>479, 480</sup>. Selon une recension d'études réalisée par Santé Canada (1999, cité par Desrosiers et coll., 2010), aucun des médicaments psychotropes utilisés habituellement pour le traitement de divers troubles de santé mentale ne semble être efficace pour le traitement de la dépendance à l'alcool<sup>2, 481</sup>.

Par ailleurs, les médicaments de substitution, dont la méthadone étant le médicament le plus prescrit pour cette indication, sont utilisés dans plusieurs pays depuis le début des années 1960. Toutefois, ce n'est qu'à la fin des années 1980, dans le contexte de l'épidémie d'infection au VIH, que l'importance de développer une offre de service mieux structurée et adaptée aux usagers d'opiacés a pris plus de force<sup>482</sup>. Une revue de la littérature publiée en 2011, portant sur les résultats de

11 études contrôlées, conclut que par rapport à un traitement pharmacologique de substitution seul (méthadone ou buprenorphine) l'ajout d'un traitement psychosocial au traitement de désintoxication par substitution a augmenté le nombre de personnes ayant terminé leur traitement, diminué la consommation d'opiacés, augmenté l'abstinence aux opiacés lors de la visite de suivi et réduit de moitié le nombre d'absences aux visites en clinique<sup>483</sup>. Par ailleurs, la validité des traitements de substitution aux opiacés est soutenue par une vaste littérature compilée au cours des cinq dernières décennies<sup>482</sup>. La participation à un tel traitement améliore les taux de rétention en traitement et l'insertion sociale des usagers et, durant la grossesse, de meilleurs soins prénataux ont été aussi associés aux traitements de substitution. De plus, ce traitement permet de réduire l'usage d'opiacés illicites, les comportements sexuels à risque induisant une prise de risque pour la santé, les taux de mortalité ainsi que de criminalité.

Les médicaments de substitution doivent, en général, être pris pendant des périodes prolongées, voire plusieurs années ou même toute la vie. Outre le certain fardeau d'effets indésirables associés à cette prise de médication au long court, et leur possible impact sur la qualité de vie et la fidélité au traitement de l'utilisateur, Lauzon (2011) mentionne aussi des effets en lien avec les contraintes réglementaires<sup>482</sup>. Ces règles ont été imposées afin de prévenir le mésusage, le détournement et les intoxications, mais la pratique de terrain a constaté qu'elles deviennent moins pertinentes pour les usagers stabilisés depuis plusieurs années. À cet égard, certains experts considèrent que des mesures devraient être prises en vue d'assouplir ces règles dans le but d'alléger les contraintes vécues par ce groupe d'usagers en particulier<sup>482</sup>.

D'après Desrosiers et collègues (2010), selon les données disponibles à l'heure actuelle, au-delà du traitement du TUS-alcool et aux opioïdes, « il n'existe pas de traitement pharmacologique efficace pour la dépendance à d'autres drogues » (p. 60)<sup>2</sup>.

## Modèles incluant les membres de l'entourage

### Thérapie conjugale comportementale

Bien qu'un des objectifs des traitements conjugaux comportementaux soit l'atteinte de l'abstinence ou la réduction de la consommation des SPA, il se différencie du modèle d'intervention individuelle, par l'insistance que ce modèle accorde « aux séquences interactionnelles entourant la consommation des SPA, lesquelles sont évaluées en fonction de leur potentiel à favoriser l'abus des SPA ainsi que leur abstinence » (p. 48) (Epstein et McCrady, 2002 ; O'Farrell et Fals-Stewart, 2006; Wakefield et coll., 1996; cité par Desrosiers et coll., 2010)<sup>2</sup>.

Ce modèle prend appui sur le constat que les personnes ayant un TUS seraient moins à risque de rechute si leur relation amoureuse répond à leurs attentes, et dans ce sens cette thérapie vise à développer diverses habilités relationnelles afin d'augmenter le bien-être conjugal<sup>2, 484</sup>.

La méthode du traitement consiste tout d'abord à recourir à une analyse fonctionnelle des comportements de consommation pour pouvoir mieux en identifier les antécédents et les conséquences. L'intervenant porte cependant une attention particulière aux composantes conjugales associées à la consommation, lesquelles sont de 3 ordres : les stimuli conjugaux, les conséquences sur la vie conjugale, et les stratégies utilisées par la partenaire pour faire face aux TUS<sup>485</sup>. Il est aussi souvent recommandé à l'intervenant d'être attentif aux stratégies développées par les partenaires pour composer avec les TUS<sup>484</sup>. La participation du partenaire peut s'opérer de 3 façons différentes : a) renforcer le comportement de consommation sous la forme d'attention (ex. : boire ensemble) ou de prise en charge (ex. : prendre soin du partenaire lorsqu'il entre intoxiqué), b) protéger la personne ayant des TUS en lui évitant des conséquences négatives ( ex. : mentir au patron du partenaire au sujet des causes de ses absences au travail), et c) punir le comportement de consommation<sup>486, 487</sup>.

Un ensemble d'études examinées par Desrosiers et collègues (2010) indiquent que, en comparaison avec l'intervention individuelle et en groupe, les traitements conjugaux comportementaux pour les TUS semblent avoir deux effets principaux inter reliés, soit la diminution de la consommation de SPA et l'amélioration de la relation conjugale à court et à long terme<sup>488</sup>, et ce pour un nombre équivalent d'heures de service. Ces études ont également rapporté un autre effet supérieur des traitements conjugaux, soit la réduction des comportements violents sévères (*résultats probants*)<sup>2</sup>.

### **Interventions pour amener un membre à changer : « L'intervention » et le « *Community Reinforcement Approach and Family Training* »**

Diverses approches reposent principalement sur l'implication des membres de l'entourage (membres de la famille et proches) afin d'avoir un impact sur les personnes aux prises avec des TUS lorsque ces dernières refusent de réduire ou d'arrêter leur consommation de SPA, de commencer un traitement ou bien celles qui suivent un traitement pour un TUS, mais dont leur motivation est faible. D'après la recension de Desrosiers et collègues (2010)<sup>2</sup>, le modèle le plus ancien est celui développé par le Dr Vernon Johnson, la *Johnston Institute Intervention*, communément appelée « l'Intervention ». Cette intervention s'appuie sur la prémisse qu'il est possible d'intervenir auprès des personnes « non volontaires » et que le proche peut jouer un rôle important dans le changement



des comportements de consommation d'un individu<sup>489</sup>. Réunis à l'insu de la personne, les membres de l'entourage préparent une rencontre de confrontation. Ce programme vise à augmenter la probabilité que la personne aux prises avec un TUS amorce un changement (en particulier commence un traitement), devienne et demeure abstinente de même qu'à favoriser le rétablissement de la famille.

Selon Desrosiers et collègues (2010), « l'Intervention » semble obtenir des résultats vraisemblablement importants et « probants » lorsque la confrontation a lieu (taux d'entrée au traitement d'environ 90 %), même auprès des personnes violentes. Cependant, étant donné que dans plusieurs cas le nombre de personnes qui se rendaient à la confrontation restait faible, le taux de succès de ce modèle a été revu à la baisse (environ 25 %)<sup>2</sup>.

Parmi les autres modèles d'intervention auprès des membres de l'entourage, le programme de renforcement communautaire et de formation familiale, en anglais le *Community Reinforcement Approach and Family Training* (CRAFT), est celui qui a été le plus développé, avec un manuel de traitement disponible, et dont l'efficacité a été la plus étudiée. Le CRAFT s'appuie donc sur la prémisse selon laquelle la personne significative peut jouer un rôle important dans le changement des comportements de consommation d'un proche. Cette approche encourage donc l'apprentissage d'habiletés relationnelles diverses et croit dans la capacité du membre de l'entourage à prendre soin de lui-même et à la nécessité de développer cette compétence. Finalement, le CRAFT intègre une philosophie plutôt humaniste, comme celle de l'EM développée par William Miller<sup>2</sup>.

D'après Desrosiers et collègues (2010), 3 objectifs guident cette intervention : diminuer le recours aux SPA; engager en thérapie l'utilisateur résistant à changer; et aider le proche préoccupé à être plus indépendant et à améliorer sa qualité de vie<sup>2</sup>. Le traitement CRAFT est offert en mode individuel et sa durée est indéterminée bien que, les auteurs ayant effectué des études d'efficacité avaient évalué 12 heures de rencontres pour chaque personne<sup>447</sup>. L'intervention comprend plusieurs composantes telles que : l'évaluation, la construction et le soutien de la motivation du membre de l'entourage, une analyse fonctionnelle des comportements problématiques, la prévention de la violence, l'amélioration des habiletés à la communication, le renforcement positif des comportements de sobriété ou de consommation modérée, le recours aux conséquences négatives, l'amélioration de la qualité de vie du membre de l'entourage, l'invitation de la personne alcoolique ou ayant un TUS à entrer en traitement<sup>2</sup>.

Comparé à d'autres interventions de même type, le programme CRAFT serait d'après la recension réalisée par Desrosiers et collègues (2010) plus efficace pour stimuler l'entrée en traitement des personnes non volontaires, et ceci tant pour

une problématique à l'alcool que pour d'autres drogues (*résultats prometteurs*). En effet, une étude a observé que le taux d'entrée en traitement des personnes ayant participé au programme CRAFT (67 %) chez les groupes comprenant un partenaire de personnes avec des TUS était 2 et 3 fois plus élevé que le programme Al-Anon<sup>xlvi</sup> et que l'intervention du *Johnson Institute* (35 et 20 % respectivement)<sup>490</sup>. Les résultats seraient tout aussi prometteurs pour les consommateurs des drogues à la suite de l'implantation du CRAFT auprès d'un de leur proche par rapport à un programme Al-Anon (64 % par rapport à 17 %). Tel que mentionné dans la recension de Desrosiers et collègues (2010), Al-Anon demeure cependant une excellente intervention pour améliorer le bien-être général des membres de l'entourage, mais selon les études, elle serait moins performante que le programme CRAFT pour favoriser l'entrée en traitement du proche ayant un TUS-alcool ou drogues (*résultats prometteurs*)<sup>2</sup>. Par ailleurs, les études constatent que les résultats peuvent varier en fonction du type de lien qu'entretient le membre de l'entourage avec la personne ayant un TUS. En effet, une étude montrerait que les parents auraient plus de succès à stimuler leur enfant adulte à commencer un traitement par rapport aux conjointes de personnes ayant un TUS-alcool<sup>490</sup>.

### 5.3.1.3 Stratégies organisationnelles et cliniques

#### Stratégies pour mieux joindre, orienter et faciliter l'accès au traitement

##### Équipes de liaison à l'urgence hospitalière

Au total 27 équipes de liaison spécialisées en dépendance ont été implantées ces dernières années dans 28 urgences hospitalières de 10 régions du Québec, afin de contribuer à mieux détecter, orienter et traiter les personnes souffrant des TUS (ou de jeu pathologique) qui se présentent dans les services d'urgence hospitalière<sup>491</sup>.

Ce service avait été identifié par l'OMS comme étant un des lieux à privilégier pour repérer les personnes aux prises avec un TUS, notamment celles qui reçoivent peu ou aucun traitement, mais qui ont un historique de multiples hospitalisations, telles que les usagers ayant des troubles concomitants<sup>492</sup>. De plus, étant donné le contexte actuel québécois où les services d'urgence sont très achalandés, le MSSS avait priorisé, dans son Offre de service en dépendance (2007-2012), le déploiement des équipes de liaison à l'urgence<sup>493</sup>. Un guide a été aussi développé par le MSSS afin d'aider les parties concernées sur les plans clinique, administratif et évaluatif de leur implantation<sup>494</sup>.

<sup>xlvi</sup> *Al-anon* est la contrepartie du groupe d'entraide AA qui s'adresse aux personnes de l'entourage (famille, amis) des personnes aux prises avec un TUS. Alteen regroupe ainsi les enfants adolescents des personnes ayant un TUS.

La crise ou l'état de vulnérabilité qui envahit souvent la personne qui consulte le service d'urgence, offrirait une occasion très favorable pour intervenir et introduire un changement, voire susciter ou accroître la motivation de la personne pour recevoir de l'aide. Une fois l'état de santé physique de l'individu stabilisé, cette porte d'entrée donne l'occasion aux équipes de liaison, de l'évaluer et de l'orienter d'une façon simple et rapide au service du programme dépendance qui répond le mieux à sa condition<sup>494</sup>.

Les équipes de liaison sont composées de l'équipe médicale et clinique du centre hospitalier (avec accès au service psychiatrique); de l'équipe de liaison du CRD (infirmière de liaison, professionnel en dépendance affecté à la liaison, accès aux services d'un médecin); des lits multifonctionnels pour servir du soutien à la réadaptation et à la désintoxication; et des services de désintoxication. Les équipes de liaison spécialisées en dépendance visent à améliorer l'arrimage entre les dispensateurs de service en favorisant l'accès et la continuité des soins et des services des usagers et leur accès aux lits multifonctionnels et en désintoxication en CRD. En plus, cela aurait un impact direct sur les services d'urgence des hôpitaux par la diminution du nombre de visites d'un même usager à l'urgence et le désengorgement de ce service<sup>494</sup>.

Les équipes de liaison auraient obtenu des résultats probants dans toutes les régions où elles ont été implantées. Au CRD Le Virage (Montérégie), entre 2011 et 2012 plus de 700 personnes ont été rencontrées lors de leur séjour dans les deux CSSS de cette région, et près de 60 % d'entre elles ont poursuivi leur démarche avec cette équipe, ce qui aurait permis de réduire leur durée de séjour en CSSS ainsi que les coûts qui en sont associés<sup>495</sup>. Le CRD de Québec rapportait également que l'implantation des équipes de liaison était une mesure efficace dans leur territoire, à juger par le nombre élevé de références qui ont été adressées aux infirmières en provenance du CHUL depuis leur implantation. Ils ont constaté d'ailleurs qu'environ 80 % des personnes référées ne recevaient aucun service pour TUS au moment de leur consultation à l'urgence alors qu'ils avaient besoin de services spécialisés<sup>496</sup>.

### **Travail de rue**

Le travail de rue ou de proximité (*outreach ou street work*) est une forme d'intervention ayant comme objectif d'aller vers les personnes qui utilisent peu ou pas du tout les services de santé, que ce soit par choix ou par absence d'accès<sup>497</sup>. Cette approche a pour principale caractéristique de vouloir joindre ces usagers marginalisés dans leur environnement (rue, parc, café, etc.), dans le but de les amener à établir une relation de confiance envers les services de santé et de les encourager à les utiliser<sup>498</sup>. Dans le domaine des TUS, le travail

de rue est défini comme une méthode proactive déployée afin de rejoindre les personnes aux prises avec un TUS dans le but de les informer sur les risques associés à leur consommation et de les soutenir pour diminuer ou éliminer ces risques et améliorer leur condition physique et psychologique au moyen d'actions collectives ou individuelles<sup>499</sup>.

Plusieurs domaines tels que la santé mentale se servent du travail de rue pour mieux rejoindre les usagers, mais il peut varier selon le modèle retenu d'*outreach* (santé publique, autoaide, captation des usagers), le milieu (rue, communauté, maison, prison, etc.), les objectifs poursuivis (abstinence par rapport à réduction) et les types de personnes impliquées (professionnels, bénévoles et pairs)<sup>500</sup>. D'après Fleury et Grenier (2012), les usagers ciblés par le travail de rue se composent principalement de personnes ayant des problèmes multiples de santé mentale et de TUS, en situation d'itinérance et en conflit avec les corps policiers, qui ne respectent pas leur médication et qui tendent à abandonner les services qui ne répondent pas ou peu à leurs besoins<sup>3</sup>.

Les études démontrent que le travail de rue améliore le niveau de fonctionnement des personnes suivies, diminue le nombre et la durée des hospitalisations involontaires ainsi que le recours à la police lors de ces admissions<sup>501</sup>. Plusieurs études ont montré l'efficacité de cette approche pour augmenter le dépistage et réduire le risque de transmission des maladies infectieuses chez les UDI<sup>502, 503</sup>.

### **Mécanismes d'accès jeunesse en toxicomanie (MAJT)**

Afin de mieux concerter et coordonner les services spécialisés en dépendance et d'utiliser les ressources spécialisées existantes au niveau régional pour les usagers jeunesse, le MSSS demandait à chacune des régions du Québec de mettre en place des mécanismes d'accès jeunesse en toxicomanie (MAJT)<sup>504</sup>. De ce fait, toutes les régions sociosanitaires du Québec ont implanté un MAJT au cours de la dernière décennie, à l'exception de Montréal qui compte deux guichets d'entrée et la région du Nord-du-Québec qui n'a pas de CRD<sup>505</sup>. Outre le fait d'assurer une coordination de l'accès à des services de réadaptation pour les jeunes, leurs parents ou leurs proches, les MATJ visent à utiliser les ressources spécialisées existantes dans une région spécifique de manière optimale.

Les MATJ sont la porte d'entrée ou le guichet centralisé qui s'occupent d'accueillir et de déterminer la procédure par laquelle les jeunes de moins de 18 ans aux prises avec une problématique de consommation de SPA peuvent accéder à des services spécialisés gratuits internes ou externes. À Montréal, le CRDM-IU est responsable du mécanisme auprès d'usagers francophones et allophones tandis que le Pavillon Foster est responsable des jeunes usagers anglophones. Ces équipes réalisent

une évaluation approfondie de la condition du jeune, à partir d'outils communs et validés, et visant à lui offrir des services adaptés à ses besoins<sup>506</sup>.

Dans une perspective de complémentarité, ces équipes regroupent divers établissements et organismes régionaux en vue d'intégrer leurs programmes et services. Les guichets centralisés visent donc, entre autres, à définir une trajectoire de services conformément aux missions spécifiques des établissements de 1<sup>re</sup> et de 2<sup>e</sup> ligne. À Montréal, par exemple, la 1<sup>re</sup> ligne (ex. CSSS, écoles, centres hospitaliers pédopsychiatriques, organismes communautaires, centres jeunesse<sup>xlvii</sup>) a le rôle et la responsabilité de dépister avec des outils communs et validés (DEP-ADO)<sup>xlviii</sup> et référer les jeunes ayant une problématique de consommation de SPA à la 2<sup>e</sup> ligne (ex. CRDM-IU, CRD Foster, Le Grand Chemin, le Portage) pour l'évaluation avec des outils validés (Indice de gravité d'une toxicomanie-IGT<sup>xlix</sup> ou le *Global Appraisal of Individual Needs-GAIN*<sup>i</sup> pour adolescents).

Outre le fait de réaliser l'évaluation, le MAJT de Montréal (CRDM-IU ou CRD Foster) valide les résultats des évaluations et recommandations effectuées par d'autres partenaires de 2<sup>e</sup> ligne (ex. Le Grand Chemin, le Portage, le Pavillon du Nouveau Point de Vue), et procède à la référence et l'appariement vers les ressources appropriées. Étant donné la fonction de coordination du MATJ, cette équipe doit effectuer le suivi de la référence en collaboration avec le centre désigné, et elle doit être informée de l'évolution du jeune dans son programme de réadaptation<sup>506</sup>.

Cependant, le processus de référence serait très diversifié d'une région à l'autre, selon la recherche réalisée par Tremblay et collègues (2014) sur ce guichet centralisé<sup>505</sup>. Ces auteurs ont préconisé près d'une trentaine de recommandations en lien avec les processus de détection, d'intervention en première ligne et d'orientation vers les MAJT; le temps d'attente pré-évaluation; les activités de soutien en attente d'AEO (programme de l'Accueil, Évaluation et Orientation) ou de traitement; la continuité de services et l'expertise des cliniciens<sup>505</sup>.

---

<sup>xlvii</sup> Les centres jeunesse sont des établissements de 2<sup>e</sup> ligne, mais ils exercent une fonction de 1<sup>re</sup> ligne lors du dépistage et de la référence du TUS.

<sup>xlviii</sup> Le DEP-ADO est un questionnaire bref de détection qui permet d'évaluer la consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents, développée au départ pour les intervenants de 1<sup>re</sup> ligne qui souhaitent utiliser un outil rapide et valide sur le plan scientifique. L'outil de dépistage DEP-ADO est utilisé pour faire le dépistage dans les CSSS, écoles, organismes communautaires et centres jeunesse. Cet instrument a été développé au Québec par l'équipe du RISQ.

<sup>xlix</sup> L'IGT-ADO est un outil d'évaluation de la gravité du TUS chez les adolescents et des sphères associées à cette problématique. Cet instrument a été développé au Québec par l'équipe du RISQ.

<sup>i</sup> Le Global Appraisal of Individual Needs (GAIN) est un outil d'évaluation spécialisé qui permet d'évaluer, planifier le traitement et faire un suivi des résultats. Utilisé à la grandeur des États-Unis et dans d'autres pays, le GAIN a été implanté en 2005 par le CRD Foster, et un comité provincial (formateurs nationaux) regroupant tous les CRD a été mis en place pour déployer cet outil dans toutes les régions du Québec en 2012-2013 (4 sessions de formation offertes via l'ACRDQ)<sup>507</sup>.

## Tribunaux de traitement de la toxicomanie : programme de traitement de la toxicomanie de la Cour du Québec (PTTCQ)

Tout comme les tribunaux de traitement de la toxicomanie, créés à Toronto en 1998 et implantés par la suite dans d'autres villes canadiennes (Vancouver, Ottawa, Edmonton, Winnipeg)<sup>508</sup>, le programme de traitement de la toxicomanie de la Cour du Québec (PTTCQ) vise à offrir aux contrevenants aux prises avec des TUS un traitement comme solution de rechange à l'incarcération. L'idée à la base du programme est de briser le cycle de la consommation et de la récidive criminelle favorisant ainsi la réinsertion sociale de ces personnes. Une série de mesures pénales ont été mises en place pour que le contrevenant admissible au PTTCQ puisse recevoir un traitement structuré et individualisé tout en assurant la sécurité de la société. De plus, parmi les critères d'admissibilité pour l'usager, la problématique de TUS aux SPA doit être associée à l'infraction qui lui est imputée<sup>509</sup>.

Différentes instances ont participé au développement du PTTCQ, dont le CRDM-IU et l'équipe de recherche du RISQ, et son opérationnalisation se fait aussi en concertation entre le tribunal, les membres des centres de thérapie, la sécurité publique et le centre de réadaptation<sup>509</sup>. Au Québec, seulement la région de Montréal compte un service d'évaluation des prévenus désirant participer au PTTCQ, et ce service est assuré par le CRDM-IU. Les intervenants de ce CRD réalisent une évaluation, à l'aide du test IGT (éventuellement le GAIN), afin de confirmer l'existence d'une problématique qui requiert un traitement. Si la personne est admise au programme, elle sera référée à une ressource certifiée partenaire du PTTCQ<sup>ii</sup> où elle séjournera pendant 6 mois en interne (première phase du traitement)<sup>509</sup>. La deuxième phase du traitement (observation judiciaire de la réinsertion sociale du contrevenant) « est une étape de mise à l'épreuve et de consolidation des acquis » (p. 7) où l'usager devra rendre compte de ses réalisations et faire des démarches, au besoin, dans le cadre de sa réinsertion (ex. contacter le centre local d'emploi pour bénéficier des mesures d'éducation et d'employabilité). Une autre évaluation sera effectuée par le CRDM-IU à la fin du programme de manière à documenter objectivement l'amélioration du contrevenant (comparaison des échelles obtenues dans l'évaluation avant et après traitement). Cette évaluation, avec d'autres indicateurs, permettra de déterminer si les objectifs poursuivis par le programme de traitement ont été atteints<sup>509</sup>. Lors de la dernière audience, le tribunal constatera selon la preuve la réussite ou l'échec du programme de traitement et prononcera « la peine appropriée selon les circonstances » (p. 8)<sup>509</sup>.

<sup>ii</sup> Centres de thérapie outre que les CRD et qui ont signé un engagement dans le cadre du PTTCQ

Outre le fait de mieux avoir cerné le profil des usagers participant au PTTCQ, l'étude d'implantation réalisée au cours des 9 premiers mois du programme a permis de dégager une quinzaine de recommandations<sup>510</sup>. Ces recommandations visent les futures implantations du programme, sa promotion, les outils d'évaluation ainsi que des améliorations potentielles du programme actuel.

## Stratégies pour mieux outiller la pratique clinique

### Protocole d'intervention

Depuis les années 1990, il y a eu une recrudescence du nombre de protocoles d'intervention clinique développés<sup>3</sup>, documents qui visent à faciliter l'implantation de pratiques basées sur les données probantes, à soutenir les décisions cliniques, à spécifier les approches thérapeutiques bénéfiques ainsi qu'à influencer les politiques publiques<sup>511, 512</sup>. La mise en place de tels protocoles contribue également à « diminuer les risques d'erreurs et à protéger les professionnels qui doivent poser des actions »<sup>513</sup>. Bien qu'essentiels pour aider à la prise de décisions, les protocoles d'intervention ne constituent qu'un des éléments clés sur lequel repose l'implantation des bonnes pratiques et la littérature scientifique fait état de plusieurs difficultés entourant leur implantation dont le manque de fidélité à l'intervention, l'absence d'adaptation locale, la complexité des recommandations cliniques, l'attitude des professionnels vis-à-vis le changement, le manque des ressources nécessaires et de planification adéquate, l'absence des mécanismes de suivi et de rapports sur les progrès<sup>416, 511, 514-517</sup>.

Par exemple, des protocoles d'intervention ont été développés pour mieux encadrer les interventions auprès des usagers ayant un risque de passage à l'acte suicidaire. Une collaboration entre Suicide Action Montréal et le CRDM-IU a rendu possible l'élaboration d'une grille qui permet plus précisément de soutenir le jugement clinique de l'intervenant pour, d'une part, estimer la dangerosité suicidaire de l'utilisateur et, d'autre part, orienter les interventions à mettre en place tout en assurant la sécurité de l'utilisateur. Il existe également des protocoles d'intervention pour évaluer les symptômes de sevrage à l'alcool<sup>iii</sup> et pour prévenir et contrôler certaines infections chez les usagers (ex. : punaises de lit) dont certains ont été implantés au CRDM-IU.

Par ailleurs, afin de s'assurer que les CRD offrent des services de qualité, ces établissements sont soumis tous les 4 ans à une démarche de renouvellement de leur agrément auprès du Conseil québécois d'agrément ou Agrément Canada, comme tous les établissements publics du Québec. Cette démarche repose sur

---

<sup>iii</sup> Alcohol Withdrawal Assessment Scoring Guidelines (CIWA - Ar).

l'évaluation systématique de l'ensemble des pratiques organisationnelles des CRD et, l'un des principaux défis identifiés par cette évaluation dans certains établissements est de compléter l'élaboration de protocoles d'intervention clinique.

### Guides de pratique

Le *Center for Substance Abuse Treatment* (CSAT), division appartenant à la *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (SAMHSA) du Département de la santé et des services sociaux américain, a produit environ une quarantaine de protocoles d'intervention nommés *Treatment Improvement Protocols-TIPs*. Chacun d'entre eux porte sur un thème donné, en vue d'offrir des lignes directrices sur les pratiques exemplaires dans le domaine de la prévention et le traitement de TUS et les troubles mentaux. D'après le CSAT, les directives s'appuient sur l'expérience et les connaissances du terrain et de la recherche en plus de l'avis des experts en gestion<sup>518</sup>.

Au Québec, dans le but de contribuer à la normalisation de l'offre de service des centres de réadaptation en dépendance du Québec, l'ACRDQ a publié depuis 2007 un total de 7 guides de pratique et d'offre de service. Outre le fait de dresser un portrait des besoins et de présenter un état de la situation du déploiement des services, ces guides présentent les pratiques éprouvées et prometteuses à l'égard de chaque thème abordé. Une série de recommandations y sont aussi produites de manière à mieux soutenir l'intervention clinique, l'organisation des services, le développement de compétences, la recherche et l'évaluation de programme. Ces guides portent sur les thématiques suivantes : toxicomanie, jeu pathologique et troubles mentaux<sup>519</sup>, les jeunes<sup>520</sup>, les services de désintoxication<sup>521</sup>, le jeu pathologique<sup>522</sup>, la réadaptation auprès des adultes<sup>2</sup>, la réinsertion sociale<sup>523</sup> et, enfin, les services à l'entourage des personnes dépendantes<sup>524, liii</sup>.

### Plan de services individualisé (PSI) et plan d'intervention (PI)

Les plans de services individualisés (PSI) sont des ententes mutuelles entre plusieurs dispensateurs de services et l'utilisateur ou son représentant ainsi que les membres de son entourage, sur les objectifs de soins ou services à poursuivre<sup>525</sup>. Les besoins des usagers, les services à dispenser et leur intensité sont ainsi

---

<sup>liii</sup> En plus des guides de pratiques cliniques, l'ACRDQ a publié d'autres guides en soutien aux établissements pour l'implantation d'outils, services ou pratiques : citons le guide d'implantation du GAIN, guide d'implantation des équipes de liaison en dépendance et guide de soutien à l'élaboration d'ententes de partenariat entre les CRD et les organismes œuvrant en dépendance (<http://www.acrdq.qc.ca/documentation/autres-publications>).



collectivement déterminés et un intervenant<sup>liv</sup> agit comme porteur principal du dossier. Idéalement, les usagers signent leur engagement à un PSI, et les dossiers sont informatisés au bénéfice de l'ensemble des partenaires<sup>3</sup>. Les PSI visent à assurer une meilleure liaison entre les services utilisés par les usagers afin de réduire les chevauchements, de mieux faire correspondre les services à leurs besoins, d'en assurer une continuité effective ainsi que de permettre aux usagers de participer activement aux prises de décision les concernant<sup>526</sup>.

Tel que stipulé dans l'article 103 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, les PSI s'adressent aux personnes devant recevoir pour une période prolongée des services de plusieurs dispensateurs de services des réseaux publics et communautaires et constituent ainsi une des réponses à l'intégration des services<sup>525</sup>. Cette intégration des services est nécessaire pour « faciliter l'accessibilité aux services, la continuité des soins et la coordination des services, qui permet d'offrir le bon service, à la bonne personne, au bon moment, au bon endroit et au meilleur coût humain et social »<sup>525</sup>. Le PSI fait habituellement partie des éléments à opérationnaliser dans les suivis de type gestion de cas ou soins intégrés<sup>3</sup>.

En effet, les PSI sont ainsi surtout soutenus auprès d'usagers à profils de santé sévères ou complexes, aux prises avec un nombre important de besoins comme les usagers ayant des troubles concomitants<sup>3</sup>. Lorsqu'il s'agit de problématiques complexes, l'élaboration des protocoles d'intervention et la formalisation des ententes de services entre les partenaires de la santé mentale et de la dépendance (voir un PSI) sont d'autant plus essentiels et recommandés. Ces protocoles et ententes permettent de prévoir entre autres les « responsabilités de chacun comme les mécanismes d'orientation, de coordination, et de suivi et d'évaluation recommandés »<sup>519</sup>. De plus, le recours à des instruments communs, tels les PSI, entre autres, a été identifié dans un sondage réalisé en 2003 et en 2006 par la FQCRPAT (maintenant ACRDQ) auprès de ses membres, comme l'une des conditions gagnantes pour mieux structurer le partenariat entre les secteurs impliqués pour le traitement des troubles concomitants<sup>525</sup>. Le guide de l'ACRDQ sur les services aux jeunes aux prises avec un TUS avait d'ailleurs tiré comme recommandation d'offrir aux intervenants une formation adaptée et continue sur le recours aux PSI<sup>520</sup>.

Chaque dispensateur de service doit par ailleurs décliner un plan d'intervention (PI) qui constitue une obligation pour tout usager admis ou inscrit dans un CRD. Le PI constitue la pierre angulaire de l'intervention comprenant l'identification

---

<sup>liv</sup> Un « intervenant-réseau » est un intervenant du réseau de la santé et des services sociaux qui coordonne et révisé la démarche PSI tout en étant le lien entre l'utilisateur et les partenaires du PSI. Il peut être formalisé par un gestionnaire de cas, un intervenant-pivot ou tout autre intervenant significatif pour la personne<sup>525</sup>.

des besoins de l'utilisateur, les objectifs à poursuivre, les moyens à utiliser et la durée prévisible des services<sup>527</sup>. Pour être conforme, celui-ci doit nécessairement être réalisé en concertation avec l'utilisateur et signé par celui-ci<sup>528</sup>. Le PI permet de prioriser et d'ordonner les objectifs de réadaptation en fonction des besoins de l'utilisateur et ainsi identifier les contributions nécessaires et les mécanismes de concertation à mettre en place<sup>529</sup>.

Le PI est élaboré sur la base d'informations recueillies par la collecte des besoins de l'utilisateur lors de son évaluation. En 2008, une décision a été prise par les membres de l'ACRDQ d'implanter le GAIN en tant qu'outil d'évaluation dans les CRD du Québec (en remplacement de l'IGT) dans le but d'améliorer notamment la qualité et l'efficacité du processus d'évaluation. Le GAIN est une « batterie intégrée d'instruments fiables et valides », conçue pour la détection (GAIN-SS), l'évaluation sommaire (GAIN-Q), l'évaluation complète (GAIN-I) et le suivi (GAIN-M90) des comportements au regard des SPA, les troubles concomitants et, plus sommairement, l'évaluation des comportements liés aux jeux de hasard et d'argent<sup>530</sup>. Outre le rapport personnalisé produit par le GAIN à l'intention de l'utilisateur, cet outil offre à l'intervenant un rapport informatisé qui permet de faciliter l'interprétation des résultats et la validation auprès de l'utilisateur. La standardisation des rapports d'évaluation, combinée au jugement clinique, contribue en outre à faciliter la supervision de l'évaluation et l'élaboration du PI ainsi qu'à fournir des données pour examiner l'impact des traitements<sup>507, 530</sup>.

#### 5.3.1.4 Modalités d'intervention et modèles

##### Soins primaires : détection, intervention brève et orientation vers des services spécialisés (*Screening, Brief intervention and Referral to Treatment*)

L'émergence du concept d'intervention brève (IB) peut être retracée dans les années 1980 lorsque des efforts concertés ont été mis de l'avant par l'OMS et les États-Unis afin de réduire la consommation à risque d'alcool en créant des outils de détection et d'IB adaptés aux soins primaires<sup>531</sup>. Les prestataires de soins primaires, dont principalement les médecins de famille, rencontrent dans leur pratique annuelle une grande majorité de la population, détenant ainsi une position clé pour offrir des interventions visant à réduire la consommation de SPA et tout particulièrement la consommation d'alcool à risque ou problématique et ses méfaits<sup>532</sup>. Mentionnons que la littérature concernant l'IB et la consommation d'alcool au niveau des soins primaires est nombreuse, mais peu d'études se sont intéressées aux TUS-drogues<sup>531</sup> malgré des résultats prometteurs rapportés en faveur de cette intervention<sup>533, 534</sup>.

Globalement, les études s'entendent sur l'importance de la 1<sup>e</sup> ligne et des omnipraticiens pour la détection, les interventions brèves et l'orientation aux services spécialisés (*Screening, Brief intervention, and Referral to Treatment-SBIRT*)<sup>535-538</sup>. Il a été estimé qu'aux États-Unis environ 20 % de la clientèle suivie par des omnipraticiens ont un TUS-SPA (excluant le tabac) (Bradley, 1994; cité par Mersy, 2003)<sup>539</sup>. Selon certaines études, étant donné que les consommateurs d'alcool à risque consultent plus fréquemment les omnipraticiens par rapport aux consommateurs modérés, la détection de ces premiers serait facilitée dans les soins primaires (Cherpitel et coll., 1991; cité par Angus et coll., 2014)<sup>532</sup>.

Au cours des deux dernières décennies, la recherche de même que la mise en œuvre des programmes visant l'IB au niveau des soins primaires se sont abondamment développées dans plusieurs pays<sup>540, 541</sup>. Le potentiel de l'IB pour réduire les problématiques liées à une consommation d'alcool à risque à l'échelle populationnelle est considérable. Le SBIRT est décrit par Barton et collègues (2007) comme « une approche globale et intégrée de santé publique qui vise à faire de l'intervention précoce et à offrir des services de traitement pour les personnes ayant un TUS ou à risque d'en développer » (p. 8)<sup>531</sup>. Ces auteurs décrivent les composantes clés de l'approche SBIRT comme suit : i) *Screening* : l'évaluation systématique dans les milieux de soins de la consommation de SPA qui permettrait la détection des individus ayant un TUS ou étant à risque de le développer ou de subir des méfaits y étant liés, et ce à l'aide d'outils de dépistage tel que l'*Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT); ii) *Brief Intervention* ou IB : tout type d'effort concerté et limité dans le temps (ex. : 1-2 conversations sur la consommation ou rencontres) afin de fournir à l'utilisateur de l'information, des conseils ou augmenter sa motivation à réduire sa consommation ou ses comportements à risque affectant négativement sa qualité de vie. Anderson et collègues (2008) mentionnent que l'IB peut inclure la divulgation aux usagers des résultats de leur test de dépistage afin d'encourager la réduction de la consommation<sup>542</sup>. D'autre part, Babor et collègues (2007) mentionnent que les IB s'adressent en général aux usagers dont la sévérité de leurs TUS est considérée d'ordre faible à modérée; iii) *Referral to Treatment*, soit l'orientation ou la référence vers une ressource de traitement pour faciliter l'accès à des soins spécialisés, en particulier pour les usagers qui ont un TUS plus sévère et qui nécessite un traitement et un soutien plus étroit<sup>531</sup>.

Une récente revue systématique des connaissances (n=24 revues) réalisée par O'Donnell et collègues (2014) souligne l'efficacité des IB dispensées par les omnipraticiens pour réduire la consommation à risque d'alcool, en particulier lorsque ces problématiques sont moins sévères et affectent les personnes d'âge moyen (20-64 ans)<sup>540</sup>. De plus, une évaluation du coût-efficacité de l'approche SBIRT a conclu qu'il s'agit d'une approche très rentable au niveau des soins primaires pour lutter contre la consommation à risque et problématique d'alcool<sup>532</sup>.

Si l'efficacité des IB dans les soins primaires pour les problématiques liées à l'alcool semble donc être bien démontrée, la revue réalisée par O'Donnell souligne que peu d'études ont encore examiné l'efficacité des IB chez les femmes enceintes et les personnes âgées ou les plus jeunes qui ont une consommation à risque ainsi que dans des pays en développement<sup>540</sup>. Par ailleurs, la formation et le soutien des omnipraticiens qui s'engagent dans la prise en charge des individus ayant une consommation d'alcool à risque sont nécessaires, selon Anderson et collègues (2008), pour assurer que la mise en œuvre du repérage et des IB soient efficaces<sup>105</sup>. Certaines études rapportent des problèmes importants, qui freinent significativement l'adoption des IB questionnant leur possibilité réelle de développement en 1<sup>er</sup> ligne et particulièrement chez les omnipraticiens, tels que : la sous-détection de la consommation à risque/TUS (qu'une minorité de TUS serait détectée et la volonté d'utiliser des outils de détection)<sup>536, 538</sup>, la stigmatisation des personnes qui consultent, le manque de formation, d'expertise, de temps et d'intérêt des omnipraticiens<sup>543</sup> et leur inconfort ressenti vis-à-vis ces usagers (ex. : perception que ces usagers sont manipulateurs, que le rétablissement est précaire, et peur du bris de l'alliance thérapeutique si les SPA sont discutées) ainsi que des aspects touchant à l'organisation des services médicaux (ex. : inadéquation des modes de paiement majoritairement à l'acte, travail en silo des professionnels de soins, dont les médecins de famille)<sup>216, 535, 544, 545</sup>.

### Suivi intensif (SI) dans le milieu/communauté (SIM) (*Assertive Community Treatment*)

L'approche du suivi intensif (SI) ou de SI dans le milieu (SIM) (ou la communauté), connu aussi par son acronyme anglophone ACT pour *Assertive Community Treatment*, est une modalité de traitement global s'adressant aux personnes présentant d'importantes incapacités fonctionnelles, à risque très élevé d'hospitalisations multiples (syndrome de la porte tournante<sup>lv</sup>) et pour lesquelles tous les traitements et services offerts auparavant se sont avérés peu ou non efficaces<sup>546</sup>. Il s'agit généralement de personnes atteintes de problèmes de santé mentale chroniques, tels que la schizophrénie et présentant également d'autres problèmes complexes, comme l'itinérance ou la polytoxicomanie. Le SIM offre une solution de rechange à l'hospitalisation en assurant une continuité de soins dans la communauté<sup>547</sup>. Il repose sur la responsabilité collective d'une équipe composée de divers professionnels (dont un médecin psychiatre, des infirmières, des travailleurs sociaux, etc.) qui assument des services intensifs de traitement, de réadaptation et de suivi dans le milieu de vie des personnes dans une perspective à long terme<sup>548</sup>. La durée indéfinie du suivi permet l'établissement d'une alliance

<sup>lv</sup> Usagers souvent aux prises avec des troubles mentaux graves qui sortent rapidement de l'hôpital après leur admission pour y retourner peu de temps après<sup>3</sup>.

thérapeutique solide<sup>549</sup>. L'admission et le congé de l'utilisateur sont souvent sous le contrôle du médecin et ce dernier doit aussi « participer pleinement à la mise en œuvre du plan d'intervention et de service » (p. 5)<sup>547</sup>. Ceci se fait en collaboration avec les intervenants travaillant en interdisciplinarité dans l'équipe et en vertu de leurs observations et recommandations en lien avec le cheminement des usagers<sup>549</sup>. Ce partage de l'ensemble des cas (*caseload*) permet de diminuer l'impact négatif que le départ d'un intervenant peut avoir sur le rétablissement d'un usager<sup>549</sup>. Le ratio intervenant/usager est généralement de 1 pour 10 et ces derniers peuvent recevoir plusieurs visites par jour ou par semaine selon leurs besoins.

Il s'agit du modèle de services offerts dans la communauté pour les troubles de santé mentale le plus populaire de même que l'approche la plus intensive, intégrée et orientée vers le travail de proximité (*outreach-oriented*) des modèles de gestion de cas. Développé à la fin des années 1970, le SIM a été l'une des 6 premières pratiques fondées sur des données probantes reconnues pour le traitement des personnes atteintes de schizophrénie<sup>550</sup>. Après avoir analysé les résultats de 25 études randomisées, Bond et collègues (2001) ont démontré que le SI permet aux usagers souffrant d'un trouble mental grave de s'engager avec succès dans le traitement<sup>551</sup>. De plus, cette approche réduit substantiellement le nombre et la durée des hospitalisations ainsi que les symptômes négatifs, augmente la stabilité résidentielle et le retour sur le marché du travail, diminue les risques d'itinérance, de judiciarisation et d'abus de SPA et améliore la qualité de vie<sup>552</sup>.

De plus, le SIM est l'une des approches qui vise à intégrer les services offerts par les programmes-services Dépendance et Santé mentale afin de parvenir à répondre plus adéquatement aux besoins des usagers ayant un trouble concomitant<sup>553</sup>. Le modèle traditionnel de SIM aurait évolué rapidement pour inclure les services en dépendance au sein des équipes multidisciplinaires, car en les excluant le SIM traditionnel ne semblait pas être efficace pour diminuer la consommation problématique de SPA auprès des personnes ayant des troubles concomitants. Toutefois, les études ayant comparé l'offre d'un traitement intégré selon une approche SIM ou une approche de gestion de cas classique ne sont pas concluantes, et les deux approches arriveraient à des effets plutôt semblables au niveau des jours d'hospitalisation, des symptômes psychiatriques et de la consommation de SPA<sup>554</sup>.

## Gestion de cas (*Case Management*)

Tirant ses origines de la pratique du travail social, le concept de gestion de cas ou plutôt ses principes fondamentaux peuvent être retracés il y a près d'un siècle, proposés par Mary Richmond, l'une des pionnières du champ du travail social<sup>555</sup>.

D'après la SAMHSA, des experts canadiens auraient été d'ailleurs les premiers à extrapoler les fonctions de la gestion de cas dans le domaine du traitement de la dépendance<sup>555</sup>.

Considérée comme un élément décisif des systèmes de traitement pour les TUS par Santé Canada, étant donné « la taille et la complexité des services de traitement actuels »<sup>478</sup>, la gestion de cas ou *case management* a été définie comme un ensemble de fonctions intégrant les composantes suivantes : 1) l'évaluation des forces, faiblesses et besoins des usagers et la planification de leurs services en vue de déterminer ce qui répond le mieux à leurs besoins; 2) l'appariement des usagers aux services dont ils ont besoin; 3) les références, la liaison avec les divers services requis ; 4) le suivi (incluant l'adhérence à la médication) et l'évaluation des progrès des usagers; et 5) la défense des droits des usagers afin de s'assurer que le traitement répond de manière équitable et efficace à leurs besoins. La gestion de cas vise essentiellement à aider les usagers en traitement à accéder à des ressources dont ils ont besoin que ce soit des ressources externes (ex. : hébergement, formation) comme internes (ex. : développement des compétences)<sup>478, 547</sup>. Elle cherche à établir une relation de confiance et de respect avec les personnes utilisatrices et à leur offrir un soutien et des services qui évoluent et s'adaptent en fonction de leurs besoins. La gestion de cas vise à aider les usagers à acquérir des compétences nécessaires à la vie quotidienne, à favoriser leur intégration dans la société et à prévenir leur hospitalisation<sup>556</sup>. Comme indiqué par SAMHSA, la fonction de plaidoyer est celle qui caractérise le plus la gestion de cas, car elle consacre ses efforts à faire en sorte que les services s'adaptent aux usagers plutôt que l'inverse<sup>555</sup>.

Le guide publié en 2010 par Desrosiers et collègues<sup>2</sup> mentionne que la gestion de cas constitue une stratégie développée avant tout pour favoriser l'accès et la continuité des services aux personnes avec un TUS. De multiples tâches sont associées au gestionnaire de cas œuvrant dans ce domaine, requérant de ce professionnel d'être multitâche et capable d'être confronté à de lourdes fonctions. Ces tâches peuvent notamment aller de l'accueil, l'évaluation et l'orientation ou l'aide conjoncturelle pour la résolution des problèmes jusqu'à la reprise de contact si un usager abandonne son traitement, l'encouragement de la famille pour qu'elle s'implique dans le processus de réhabilitation ou même le soutien pour accompagner l'utilisateur au niveau de ses obligations légales<sup>2</sup>.

Il existe différents modèles de gestion de cas, lesquels peuvent être assumés par une équipe (suivi intensif – SI déjà vu à une section précédente) ou individuellement (soutien d'intensité variable, qui sera vu plus loin). Dans certains programmes, la gestion de cas se limite à la coordination des personnes utilisatrices et à leur orientation vers les services pertinents (modèle de courtage). D'autres modèles

(SI) offrent au contraire une prestation de services 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 par une équipe pluridisciplinaire. La plupart des modèles sont de type hybride, offrant à la fois des services directs aux usagers ainsi que du courtage<sup>3</sup>. Le traitement communautaire dynamique est reconnu comme le modèle de gestion de cas le mieux adapté pour offrir des services à ceux et celles qui souffrent de maladies mentales persistantes et de troubles concomitants. Dans le modèle du traitement communautaire dynamique, la gestion de cas est assurée par une équipe multidisciplinaire qui offre des services intensifs au sein même de la collectivité où vit l'usager (psychiatres, médecins de famille, travailleurs sociaux, infirmières et ergothérapeutes)<sup>3</sup>.

D'après SAMHSA, quatre modèles de la santé mentale ont été adaptés pour le champ de la dépendance : suivi intensif ou *Assertive Community Treatment* (ACT, SI), le modèle de courtage ou généraliste, celui axé sur l'approche basée sur les forces (développé dans une sous-section antérieure) et enfin le modèle de gestion clinique<sup>555</sup>. Ce qui diffère dans ces modèles est l'accent mis sur certaines approches ou certains types d'intervention (intervention dans le milieu ou dans le bureau des intervenants, apprentissage des habitudes de vie, intégration du pouvoir d'agir de la personne, etc.)<sup>557</sup>. Par exemple, l'approche fondée sur les forces a été adaptée pour les consommateurs de crack, pour privilégier non seulement l'acquisition des ressources, mais aussi la place centrale que les forces de l'usager peuvent jouer dans son cheminement de réadaptation. L'ACT (ou le SI) a été mis en place pour offrir aux personnes en liberté conditionnelle une large gamme de services intégrés, y compris le traitement médicamenteux, le renforcement des compétences et l'acquisition de ressources<sup>555</sup>.

Les études scientifiques ont rapporté que la gestion de cas favorise l'accessibilité au traitement des adultes aux prises avec un TUS de même que le fait de revenir en traitement ou bien de le poursuivre. Toutefois, comme mentionné par Desrosiers et collègues (2010), l'ampleur de l'effet produit par cette intervention peut varier considérablement probablement parce que l'approche peut prendre des formes multiples<sup>2</sup>. Une revue de la littérature qui comparait la gestion de cas avec un traitement traditionnel ou un autre type de traitement, et ayant examiné les résultats de 15 essais cliniques, constatait que la gestion de cas était supérieure aux comparateurs pour réussir la liaison avec d'autres services. Toutefois, les preuves n'étaient pas concluantes à savoir si une telle approche permettait de réduire la consommation de SPA<sup>558</sup>. Une méta-analyse plus récente portant sur 21 essais randomisés arrivait aux conclusions semblables, par rapport à un traitement traditionnel, la gestion de cas est efficace en particulier pour les fonctions plus traditionnelles comme la référence ou la liaison des usagers avec de multiples services que par rapport aux résultats du traitement<sup>559</sup>.

## Soutien à l'emploi

L'emploi constitue un élément crucial pour la réadaptation. Si le non-emploi et la pauvreté peuvent avoir un impact défavorable sur le traitement des TUS, la littérature scientifique montre que le fait d'avoir un emploi et un niveau socioéconomique plus élevé constituent des facteurs qui peuvent, au contraire, exercer un impact positif sur le traitement<sup>2</sup>. De plus, le retour et le maintien à l'emploi sont considérés comme indicateurs de réussite de la réadaptation, parce qu'ils sont fréquemment interprétés comme « le signe d'un retour à la société et de la reprise d'un rôle actif dans celle-ci »<sup>523</sup>. Le travail est associé à plusieurs bénéfices pour l'utilisateur, dont une diminution des symptômes psychologiques (ex. : dépression), une amélioration de sa qualité de vie et une meilleure estime de soi, notamment pour ceux présentant un trouble concomitant<sup>523</sup>. Il fournit une structure de vie et offre également une occasion pour socialiser avec des personnes qui adhèrent à des modèles de consommation plus sains. L'emploi semble réduire également les risques et la sévérité des rechutes ainsi que les récidives criminelles<sup>560</sup>.

Le soutien à l'emploi implique un accompagnement de la personne par un intervenant sur son lieu de travail lorsque c'est nécessaire, une adéquation de l'emploi au choix professionnel de la personne et une préparation minimale préemploi. Le spécialiste en emploi est intégré au sein de l'équipe clinique, notamment de type suivi intensif.

Desrosiers et collègues (2012) mentionnent que, selon les meilleures pratiques tirées du plan d'action 2005-2006 d'Emploi Québec, l'une des mesures à privilégier pour intervenir auprès de personnes éloignées du travail, dont les individus ayant des TUS feraient partie, est son accompagnement tout au long du processus d'intégration à l'emploi (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, 2007; cité par Desrosiers, 2012)<sup>523</sup>.

Malgré les bénéfices potentiels que le retour à l'emploi peut avoir sur différents domaines de la vie des usagers, « peu d'études ont démontré que les mesures de réinsertion ciblant la sphère occupationnelle contribuent à augmenter le taux d'emploi des personnes dépendantes » (p. 19)<sup>523</sup>. La généralisation des résultats des études réalisées serait compliquée par la diversité des personnes aux prises avec des TUS; un programme efficace pour certains usagers ne le sera pas forcément pour d'autres (Coviello et coll., 2004; cité par Desrosiers et coll., 2012)<sup>523</sup>.

Desrosiers et collègues (2012) ont répertorié divers programmes et activités de réinsertion sociale, dont la cible principale est la sphère occupationnelle des



personnes présentant un TUS<sup>523</sup>. Bien que plusieurs d'entre eux ont fait l'objet d'une évaluation d'efficacité, les résultats ne seraient pas concluants d'après ces auteurs, car les études ont rarement été répliquées ou elles manquent de rigueur scientifique (absence de groupes contrôle ou de répartition aléatoire des participants). Le lecteur pourra consulter ce guide pour se familiariser avec les programmes suivants : 1 ) programmes à composantes multiples qui offrent, à part le soutien à l'emploi, d'autres services tels que « soutien individuel, aide au transport, hébergement temporaire, soins médicaux » (*Access to Recovery*; modèle basé sur l'approche par étapes pour les usagers en traitement à la méthadone); 2) programmes ciblant l'emploi (*Comprehensive Vocational Intervention Program*; *Customised Employment Support*; *Vocational Problem Solving Skills*).

Dans le domaine de la santé mentale, le soutien à l'emploi ou *Individual Placement and Support* (IPS) représente un modèle type de programme jugé efficace pour l'insertion des personnes adultes présentant des troubles mentaux<sup>3, 561</sup>. Il est présenté comme une alternative aux programmes de réinsertion à l'emploi, ces derniers jugés par Latimer et collègues<sup>552</sup> comme « globalement peu efficaces », car ils perpétuent la stigmatisation envers les personnes ayant des troubles mentaux graves. L'IPS implique un accompagnement de la personne par un intervenant sur son lieu de travail lorsque c'est nécessaire, une adéquation de l'emploi au choix professionnel de la personne et une préparation minimale préemploi<sup>562</sup>. De plus, le spécialiste en emploi est intégré au sein de l'équipe clinique, notamment de type SI<sup>563</sup>.

Les études ont démontré que, comparativement aux mesures traditionnelles de réinsertion qui impliquent une intégration graduelle au marché du travail, le soutien à l'emploi (IPS) donne de meilleurs résultats quant à l'obtention d'un emploi régulier, au nombre de jours travaillés et au revenu obtenu<sup>563</sup>. Selon les résultats de 11 études, le pourcentage d'individus ayant trouvé un emploi régulier avec le soutien à l'emploi est de 61 %, contre 23 % pour les groupes témoins<sup>564</sup>. De plus, les participants au programme de soutien à l'emploi ont déniché un premier emploi près de dix semaines avant ceux des groupes témoins<sup>564</sup>. Une revue systématique plus récente portant sur une quinzaine d'études randomisées, réalisées dans des régions rurales et urbaines, a rapporté que l'IPS était plus efficace par rapport aux autres approches visant l'emploi, et ceci pour une multitude d'indicateurs reliés au travail avec des différences importantes au niveau de l'obtention d'un emploi compétitif et de la durée de l'emploi<sup>565, 566</sup>. Le programme permet en outre à des personnes qui n'ont jamais travaillé précédemment à cause de leur état de santé de trouver un emploi régulier et rémunéré. Certaines données préliminaires permettent aussi de croire que le soutien à l'emploi réduirait les dépenses dans d'autres services de santé mentale, comme les services ambulatoires<sup>552, 567</sup>. Le soutien à l'emploi fait aussi partie des six interventions pour les troubles mentaux

graves originellement jugées comme soutenues par les données probantes en santé mentale aux États-Unis par *l'Implementing EBPs Project*<sup>568</sup>.

## Pair aidant

D'après Perrault et collègues (2013), l'intervention par les pairs est l'une des interventions les plus répandues dans le domaine de TUS. La participation de ces acteurs dans la mise en place des services et des ressources « par » et « pour » les pairs ayant traversé des expériences de vie similaires et difficiles ne constitue pas pourtant une nouvelle approche. Les groupes d'entraide tels que les AA (introduit dans la sous-section sur l'approche des 12 étapes) et les NA ont été créés aux États-Unis en 1935 et 1953, respectivement, comme une alternative aux services institutionnels<sup>3, 569</sup>. Bien que le partage des lieux communs entre personnes ayant les mêmes problématiques semble favoriser le déploiement d'un soutien spontané par les pairs, le soutien organisé et formel n'aurait commencé qu'avec la création du mouvement des AA<sup>570</sup>. Il y aurait un grand nombre d'organismes gérés par et pour les usagers, *peer led* et *peer run services*, partout dans le monde. On a estimé qu'aux États-Unis il y aurait deux fois plus d'organismes de santé gérés par les pairs et les familles des personnes aux prises avec des troubles de santé mentale que ceux gérés traditionnellement par les professionnels<sup>571</sup>. Le modèle de pair aidant s'est diversifié avec les années : organisation de pairs, groupes d'entraide, communautés thérapeutiques, soutien en ligne ou par téléphone<sup>572</sup>.

Le pair aidant peut exercer plusieurs rôles distincts, entre autres, mentor, accompagnateur, éducateur et défenseur des droits<sup>394</sup>. Par exemple, l'Association Québécoise pour la promotion de la santé des personnes utilisatrices de drogues (AQPSUD) est un organisme composé par des pairs qui souhaitent faire la promotion de la santé, la prévention des ITSS et l'amélioration des conditions de vie des personnes qui consomment des SPA<sup>573</sup>. Le pair aidant est pour ainsi dire l'incarnation vivante du rétablissement et la preuve qu'il est possible de construire une vie positive et jouer un rôle significatif dans la société<sup>3</sup>. Force est de constater que comme leurs interventions, les pairs aidants sont appuyés par leur réussite personnelle et leur savoir expérientiel – ce qui les distingue des chercheurs et professionnels. Ils peuvent contribuer à redonner de l'espoir aux personnes aux prises avec un TUS, à les soutenir dans leur processus de reprise du pouvoir sur leur vie ainsi qu'à voir à ce que l'équipe de soins tienne compte de leurs préoccupations et de leur volonté à participer au choix des services<sup>574</sup>. Le pair peut aussi être un membre de l'équipe de soins, mais ce n'est que plus récemment que la valeur ajoutée du soutien formel par les pairs commence à être reconnue dans les services de santé mentale<sup>570</sup>. En effet, comparé aux organismes et services non professionnels, le pair travailleur bénévole ou rémunéré (*peer support workers*) s'est développé plus lentement, possiblement en raison des obstacles liés à la

stigmatisation et aux stéréotypes liés aux troubles. L'embauche d'un utilisateur de services au sein d'une équipe clinique permet à tout le personnel d'appréhender le rétablissement comme un fait réel plutôt que comme un concept abstrait. De plus, en embauchant un pair aidant, les services de santé peuvent favoriser l'intégration au travail des personnes ayant des troubles en prêchant par l'exemple<sup>575</sup>.

Les interventions par les pairs ont été utilisées avec succès dans le domaine des maladies chroniques, tels que les maladies du cœur<sup>576</sup>, le diabète<sup>577</sup>, le cancer<sup>578</sup> et le VIH<sup>579</sup> ainsi que dans le domaine de la santé mentale<sup>570</sup> et des TUS<sup>570</sup>. Une recension des écrits réalisée en 2010 montre que l'intervention par les pairs peut apporter maints bénéfices, dont une diminution importante des taux d'admission ou d'hospitalisation et des périodes de maintien dans la communauté plus longues pour les usagers des services en santé mentale<sup>570</sup>. L'accompagnement par les pairs semble aussi avoir un impact favorable sur leur confiance et estime de soi de même que sur le plan de la qualité du soutien social et du réseau social. Un sentiment d'espoir (croire dans un meilleur avenir) accru et une réduction de l'auto-stigmatisation ont été aussi observés chez les usagers impliqués dans le soutien par les pairs. Au-delà des bienfaits pour l'utilisateur, le fait d'offrir ce soutien peut également être bénéfique pour les pairs aidants. Une étude qualitative réalisée auprès d'une dizaine de pairs aidants une année après la fin de leur contrat a observé que l'estime de soi et la confiance en eux-mêmes s'étaient également accrues. De plus, en exerçant ce rôle, les pairs aidants ont profité d'une rémunération et de l'effet structurant que le travail peut avoir dans leur vie ainsi que de l'acquisition de nouvelles compétences, ceux-ci étant tous des facteurs pouvant consolider la poursuite de leur rétablissement. Pour le système, certaines études ont mis en lumière que la communication entre usagers et professionnels pouvait être optimisée par la participation des pairs aidants (ex. : vulgarisation de l'information, meilleure connaissance des besoins des uns et des autres), et par la réduction de la charge de travail pour le personnel et la bonification de l'offre de service<sup>570</sup>.

Dans le domaine des TUS, le soutien par les pairs autres que les groupes d'entraide, semble avoir été davantage implanté dans le cadre des services offerts aux UDI. À Vancouver, par exemple, le *Vancouver Area Network of Drug Users* (VANDU), une organisation des usagers créée afin de faciliter l'adoption des pratiques d'injection plus sécuritaires, a mis en place des projets pilotes où des pairs ont été formés (ex. : formation en réanimation cardio-pulmonaire) selon un approche de réduction de méfaits dans le but d'être en mesure d'éduquer, de soutenir et même, dans certains cas, d'assister l'utilisateur ayant besoin d'aide pour s'injecter<sup>580</sup>. Des études ont montré d'ailleurs que les usagers UDI impliqués dans le soutien par les pairs, œuvrant en collaboration avec une équipe multidisciplinaire, étaient plus susceptibles de s'engager dans l'évaluation, le dépistage et le traitement pour

le VHC, et ils obtenaient aussi de meilleurs résultats de traitement<sup>581</sup>. Le recours au traitement pour le VHC est très faible chez ces usagers, il a été estimé de 1 à 6 % dans des pays comme les États-Unis, le Canada et l'Australie. Outre les bénéfices pour l'utilisateur, des transformations positives ont été aussi observées chez les dispensateurs de services ayant implanté le soutien de pairs (ex. : environnement plus accueillant)<sup>582</sup>.

## Programmes d'intervention et d'appui aux familles (PIAF) et programme 6-12 ans

Les TUS peuvent affecter les capacités parentales, et ce, pour diverses raisons. En effet, certains auteurs mentionnent que le temps et les ressources de ces parents sont, entre autres, principalement orientés vers les activités de consommation et que l'effet des SPA les rend moins attentifs aux besoins de leurs enfants. Des études menées auprès des parents souffrant d'un TUS rapportent des taux élevés de mauvais traitements (entre 20 à 42 %) et de comportements de négligence envers ceux-ci (entre 11 et 31 %)<sup>583</sup>. De plus, ces études ont observé que les enfants des parents ayant un TUS sont plus à risque de consommer des SPA, d'avoir des ennuis avec la justice, de faire une dépression ainsi que de performer moins bien à l'école<sup>584</sup>.

Aux États-Unis, l'enquête populationnelle *National Survey on Drug Use and Health* réalisée en 2009 rapportait qu'environ 8,3 millions d'enfants âgés de moins de 17 ans vivaient avec au moins un parent qui abusait ou était dépendant de l'alcool ou une drogue durant l'année précédant l'enquête, et environ 12 % des enfants étaient âgés de 6 et 11 ans. La même enquête effectuée en 1997 rapportait qu'environ 8 % des enfants américains de 17 ans et moins vivaient avec un parent ayant une dépendance à l'alcool et qu'environ 4 % vivaient avec un parent qui avait besoin d'un traitement pour sa dépendance aux drogues<sup>584, 585</sup>.

Le Programme d'intervention et d'appui aux familles (PIAF) et le Programme 6-12 ans s'adressent spécifiquement aux enfants, âgés entre 6 à 12 ans (1<sup>re</sup> à 6<sup>e</sup> année du primaire) ainsi qu'à leurs parents (ou tout adulte significatif qui joue un rôle parental à son égard) souffrant des conséquences du TUS (avec ou sans SPA) d'un membre de son entourage. Ces programmes visent à réduire ainsi les conséquences des TUS sur la vie familiale en augmentant et en consolidant les facteurs de protection, notamment la relation et la communication parent-enfant et le contrôle parental, et en réduisant des facteurs de risque comme la négligence, l'abandon, l'abus physique et la discipline inconstante<sup>586</sup>.

Offerts sous la forme d'ateliers de groupe sur une période d'environ 15 semaines, le PIAF s'adresse aux enfants ayant des problèmes de comportement externalisés

(ex. : violence, délinquance, consommation de SPA, etc.), tandis que les enfants ayant des problèmes de comportement internalisés, tels que la détresse psychologique ou la dépression, devraient être orientés au Programme 6-12 ans. Ces rencontres abordent différentes thématiques, entre autres, la communication, la résolution de problèmes, la gestion du stress et des émotions<sup>586</sup>.

La conception du PIAF s'appuie sur des assises du programme d'intervention *Strengthening Families Program*, développé initialement aux États-Unis par Kumpfer et collègues dans les années 1980. Le *Strengthening Families Program* avait été conçu dans le cadre d'un projet de recherche financé par le NIDA afin de réduire la vulnérabilité à l'abus des drogues des enfants d'usagers aux prises avec des TUS, en traitement d'entretien à la méthadone ou recevant des services en externe<sup>587</sup>.

Le Centre national de prévention du crime au Canada reconnaissait le PIAF comme étant une pratique exemplaire au chapitre de la prévention de l'abus de SPA en tant que facteur de risque du comportement criminel, et assurait son financement pour une durée de 4 ans (2009 à 2014). Au Québec, le PIAF est offert par le CRDM-IU, le CRD de Chaudière-Appalaches et le CRD Domrémy-de-la-Mauricie – Centre-du-Québec (Drummondville).

Le Programme 6-12 ans a été développé par le CRDM-IU en 2006, inspiré d'un programme créée par le CRD de l'Outaouais et conçu selon les bonnes pratiques établies par des programmes visant à accroître les habiletés parentales en dépendance<sup>586</sup>. Actuellement, il est opérationnel dans les régions de Laval, de la Montérégie et des Trois-Rivières.

Par ailleurs, une équipe de recherche (Laventure, Ferland et Blanchette, travaux en cours) travaille sur l'évaluation de l'impact du PIAF dans le but de déterminer dans quelle mesure ce programme est efficace dans le contexte québécois. Les résultats de ces travaux pourraient déterminer la pertinence d'implanter un tel programme dans d'autres régions ou contextes d'intervention (ex. : CSSS, centres jeunesse).

### Programme « Logement d'abord » (Chez soi ; *Housing First*)

L'hébergement autonome avec soutien ou *supported housing* est celui qui est de plus en plus promu comme ressource d'hébergement pour les personnes ayant des troubles mentaux, principalement des troubles mentaux graves, souvent aussi aux prises avec des TUS<sup>3</sup>. En opposition avec le paradigme qui encourage l'intégration progressive des personnes dans des ressources d'hébergement en fonction de leur évolution et apprentissages (du refuge, au logement transitoire, puis au logement permanent : modèle du continuum de soins), l'hébergement

autonome avec soutien s'appuie plutôt sur un modèle qui soutient le placement immédiat des usagers dans le type de résidence qu'ils préfèrent, tout en les soutenant dans l'acquisition de leurs apprentissages. En effet, ce modèle croit que les compétences sont plus facilement acquises si les personnes sont mises directement en situation d'apprentissage (principes partagés par d'autres services comme le soutien à l'emploi, mentionné plus haut dans cette section)<sup>3</sup>.

Le programme *Housing First* est un exemple d'hébergement autonome avec soutien (modèle Logement d'abord), mis sur pied à New York en 1992 par l'organisme sans but lucratif *Pathway to Housing* afin de réduire l'itinérance et de favoriser la stabilité résidentielle des personnes atteintes de troubles mentaux ayant pour une majorité des TUS<sup>588</sup>. Dans le cadre de ce programme, un suivi clinique de type intensif est offert par une équipe interdisciplinaire et la personne participante doit obligatoirement recevoir au minimum une visite hebdomadaire d'un intervenant. Toutefois, la personne ne serait pas tenue de suivre un traitement pharmaceutique ou un programme de désintoxication (ou cesser de consommer) pour obtenir et conserver son logement<sup>589</sup>.

Comparé au modèle classique « Traitement d'abord », l'hébergement autonome avec soutien semblerait plus efficace en particulier pour assurer la stabilité résidentielle et diminuer les séjours à l'hôpital. Selon une étude réalisée à New York sur une période de cinq ans, 88 % des participants de *Pathway to Housing* avaient conservé leur logement, contre 47 % des participants d'un programme de continuum de soins<sup>590, 591</sup>. Une autre étude a relevé que les personnes itinérantes ayant des troubles mentaux graves passaient moins de temps dans les hôpitaux lorsqu'elles étaient suivies par le programme *Housing First* plutôt que par le modèle « Traitement d'abord »<sup>590, 592</sup>. Implanté à Seattle pour personnes itinérantes ayant des problèmes sévères d'alcool, un programme *Housing First* a démontré qu'il permettait de réduire la consommation d'alcool et de faire des économies appréciables d'environ 53 % après 6 et 12 mois de participation, par rapport au coût moyen de participation au programme par mois, indiquant donc une diminution très importante des coûts lorsque les itinérants restaient plus longtemps dans le programme. De plus, cette étude a observé que le programme en coûtait beaucoup moins en charges et frais sociaux de tout genre (justice, police, soins de santé, etc.) et ce, par rapport aux itinérants qui figuraient sur la liste d'attente de ce programme. En fait, même après avoir soustrait ce qu'il en coûtait pour donner un toit à la personne sans domicile fixe, les économies demeuraient au-delà de 50 %<sup>593</sup>. Une méta-analyse a démontré que les programmes qui combinent un suivi intensif et un soutien au logement, tel le modèle « Logement d'abord », favorisent une plus grande stabilité résidentielle chez les personnes itinérantes<sup>547, 575, 594</sup>.

Le modèle « Logement d’abord » a fait l’objet d’un projet de recherche et de démonstration pancanadien lancé en 2008 pour évaluer sa faisabilité, son efficacité et son efficacité pour les personnes itinérantes ayant une maladie mentale. Mis en œuvre dans cinq villes canadiennes, dont Montréal, ce projet a suivi 2000 participants sur une période de deux ans et selon deux types de services en fonction du niveau de besoins des participants, soit le suivi intensif dans le milieu (SIM) et le suivi d’intensité variable (SIV). Ce programme est connu au Québec sous le nom de « Chez soi ». Les résultats du projet montreraient que l’intervention selon le modèle « Logement d’abord » aurait un impact important pour augmenter la qualité de vie et la stabilité résidentielle. Ce sont 62 % et 31 % des participants des groupes SIM et SIV respectivement qui avaient occupé un appartement lors des 6 derniers mois de l’étude, et 22 et 23 % durant un certain temps pour cette même période. Outre le fait d’avoir démontré que l’approche « Logement d’abord » pouvait être mise en œuvre dans divers contextes canadiens avec un volet de services SIM ou SIV, cette étude a constaté que le programme était également efficace pour les usagers d’origine ethnoculturelle et ayant des conditions de vie diverses. De plus, cette intervention contribuerait à faire diminuer les coûts sociétaux, en particulier chez les groupes de participants utilisant le plus de services au début de l’étude. En effet, pour ce groupe de « grands utilisateurs de services », un investissement de 10 dollars dans les services du programme donnait une économie moyenne de 21,72 dollars par rapport à 9,60 dollars et à 3,42 dollars chez les participants aux besoins élevés et modérés respectivement<sup>595</sup>. Dans le même ordre d’idées, l’Institut national d’excellence en santé et services sociaux (INESSS) a publié en 2014 une revue systématique de la littérature sur l’efficacité de l’approche « Logement d’abord » pour les personnes en situation d’itinérance vivant avec des troubles mentaux ou des TUS. Les résultats vont dans le même sens que les études précédemment citées, et la revue systématique confirme que cette approche est plus efficace pour loger les personnes itinérantes avec ces profils cliniques que ne le sont les interventions psychosociales traditionnellement offertes, bien que les études restent encore à parfaire<sup>596</sup>.

## À la croisée des chemins entre la dépendance et la santé mentale

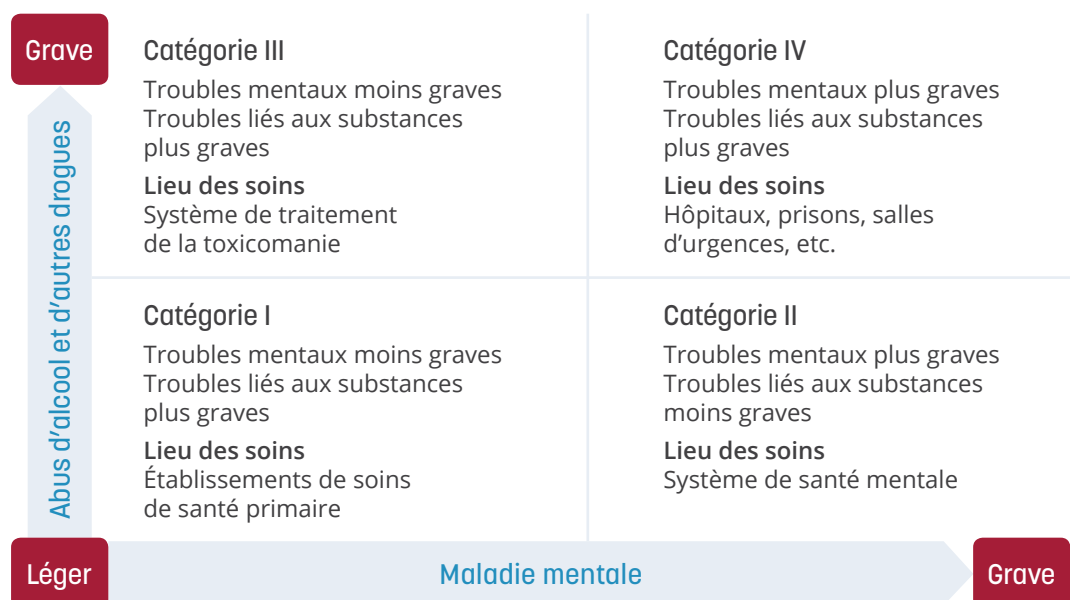
Cette section présente les bonnes pratiques déployées ou qui ont un potentiel d'implantation tant pour les programmes-services Dépendances que de la santé mentale.

### Modèle du « quadrant » et traitement séquentiel, parallèle ou intégré de santé mentale et de dépendance

Les intervenants œuvrant dans les programmes-services Dépendances et Santé mentale sont souvent confrontés à des usagers qui présentent des troubles concomitants de santé mentale et de TUS, problématique associée entre autres à une plus grande utilisation des services, à un moins bon pronostic et à des rechutes plus fréquentes (se référer à la section portant sur les troubles concomitants).

Il s'agit d'usagers ayant des besoins complexes et plus difficiles à aider dans les systèmes spécialisés, travaillant trop souvent en silo<sup>413</sup>. Pour mieux aider à répondre à ce problème, le **modèle du quadrant** (*Quadrant Model*) proposé par la SAMHSA est « une méthode heuristique visant à obtenir des soins plus intégrés et collaboratifs »<sup>597</sup>. Le modèle présente 4 catégories et assigne la responsabilité des soins correspondante en fonction de la gravité des problèmes, du plus léger au plus grave (Figure 2).

FIGURE 2. Modèle du quadrant





Le modèle du quadrant préconise des interventions séquentielles ou parallèles, pour la majorité des situations de troubles concomitants de SPA et de santé mentale, et essentiellement une intervention intégrée, pour les troubles concomitants graves<sup>598, 599</sup>. Une **intervention séquentielle** implique un traitement prioritaire au niveau des SPA ou problème de santé mentale selon le profil dominant de la personne. Lorsque le traitement est finalisé dans un secteur, l'utilisateur est référé pour le soutien de son problème secondaire. Le **traitement parallèle** implique des interventions dans les deux types de services afin de traiter simultanément les deux troubles.

Le **traitement intégré** repose sur une équipe multidisciplinaire ou un intervenant (ex. : programme *seeking safety*) combinant des services en dépendance et en santé mentale et assurant la dispensation des soins à travers les services internes, externes et résidentiels. Une liaison de type gestion de cas est aussi assurée entre le programme-services Dépendances, Santé mentale et les autres systèmes (ou l'intersectoriel; par exemple, le système judiciaire) lorsque c'est nécessaire<sup>600</sup>. Le traitement intégré de dépendance et de santé mentale peut aussi être dispensé par les équipes de SIM (introduits précédemment)<sup>601</sup>. Les interventions sont inspirées principalement des approches cognitives-comportementales, motivationnelles et de réduction des méfaits ainsi que du traitement psychologique intégré<sup>lvi,602</sup>.

Tel que déjà indiqué dans une section précédente (chapitre III), pour les TUS associés aux troubles mentaux graves (ex. : schizophrénie) et au ÉSPT, l'approche intégrée est recommandée. Pour les troubles de la personnalité et de l'alimentation associés aux TUS, un traitement simultané serait davantage la meilleure pratique. Enfin, pour les troubles de l'humeur ou anxieux associés aux TUS, le traitement séquentiel de ce dernier, puis de la santé mentale, s'il y a lieu, est plutôt recommandé<sup>168</sup>. Pour les jeunes aux prises avec des troubles mentaux et TUS, l'approche intégrée est indiquée, incluant la TCC et familiale ainsi que l'entrevue motivationnelle<sup>603</sup>. Selon Donald et collègues (2005), dans certaines situations, un traitement séquentiel serait aussi adéquat, sinon supérieur, à un traitement intégré, par exemple lorsqu'il faut améliorer la fonctionnalité ou les habiletés cognitives d'un usager avant de lui dispenser d'autres soins, ou encore lorsqu'un traitement intégré serait perçu comme trop exigeant pour l'utilisateur et pourrait être contre-indiqué pour son rétablissement à court terme<sup>604</sup>.

---

<sup>lvi</sup> La thérapie psychologique intégrée (*integrated psychological treatment*) est un « programme d'approche cognitive-comportementale composé de plusieurs modules à complexité croissante ». Les premières séances sont consacrées à l'amélioration des capacités cognitives de base et les dernières, à la résolution des problèmes liés aux relations interpersonnelles. Plusieurs études expérimentales ont prouvé que la thérapie psychologique intégrée a des effets positifs sur les symptômes, le fonctionnement psychosocial et la neuro-cognition des personnes atteintes de schizophrénie, indépendamment du type d'utilisateur (interne ou externe) et de la phase de traitement (Roder et coll., 2006; cité par Fleury et coll., 2012)<sup>3</sup>. De plus, les résultats sont supérieurs quand elle est pratiquée sur une longue période (Briand et coll., 2005; cité par Fleury et coll., 2012)<sup>3</sup>.

L'approche intégrée pour les troubles concomitants a fait l'objet d'une abondante littérature, et il existerait un certain consensus en Amérique du Nord quant à son importance pour le traitement des troubles concomitants, particulièrement incluant des troubles mentaux graves associés à des TUS. Des études réalisées ces deux dernières décennies montrent que l'intégration des services donnerait des résultats supérieurs à d'autres types de traitement. Des effets significatifs supérieurs sont généralement associés à cette approche lorsqu'elle est comparée aux services usuels, surtout pour le taux d'hospitalisation, la judiciarisation et, parfois, la stabilité résidentielle, la consommation de SPA et les symptômes psychiatriques<sup>568, 605</sup>. Lorsque les troubles concomitants de santé mentale et de TUS sont présents chez un même individu, le traitement devrait s'attarder selon le CSAT aux deux troubles en tenant compte, entre autres, de besoins individuels, du diagnostic et de la sévérité du trouble, la phase du traitement, le niveau de fonctionnement, la motivation et la disponibilité du soutien<sup>597</sup>.

Si la supériorité du modèle intégré pour les TUS et les troubles mentaux semble être bien démontrée, quelques recherches plus récentes remettent en question la supériorité de ce modèle par rapport à d'autres structures de services (services non intégrés ou traditionnels)<sup>606, 607</sup>. De plus, les systèmes de soins ayant été organisés historiquement de manière séparée en Amérique du Nord, le traitement de troubles concomitants présente de multiples défis pour les intervenants et organisations de soins. Force est de constater que les intervenants possèdent une expertise propre à leur champ d'action respectif, mais la plupart d'entre eux se sentiraient plutôt impuissants et démunis face à des problématiques qui ne relèvent pas de leur spécialité<sup>608</sup>. La structure actuelle des programmes-services du système sociosanitaire du Québec rendrait aussi difficile le traitement intégré de ces troubles<sup>lvii</sup>.

En 2001, le CRDM-IU et l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal ont créé la Clinique Cormier-Lafontaine afin d'offrir un des rares programmes existants au Québec de traitement intégré de dépendance et de santé mentale<sup>609</sup>. Cette clinique a pour mandat d'offrir des services surspécialisés ou de 3<sup>e</sup> ligne à des adultes aux prises avec un trouble concomitant, de soutenir les services des partenaires (CLSC, organismes spécialisés en dépendance, etc.) pour qu'ils assurent la continuité de la prise en charge suite à l'intervention de la Clinique Cormier-Lafontaine, de transférer ses connaissances et d'effectuer des recherches dans le domaine de la comorbidité<sup>610, lviii</sup>. L'utilisateur visé est celui pour qui les services

<sup>lvii</sup> À ce sujet, un avis de l'INESSS est à paraître au cours de l'année 2015 portant sur les modèles de dispensation de services efficaces et sécuritaires pour les personnes ayant des troubles concomitants de santé mentale et TUS.

<sup>lviii</sup> L'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM) a démarré en 2014 un projet de développement d'un volet pédopsychiatrique de la Clinique Cormier-Lafontaine déjà en place, en collaboration avec le CRDM-IU (protocole en développement).

de 2<sup>e</sup> ligne n'ont pas fonctionné et une référence est nécessaire. Le modèle peut certes être reproduit dans les régions où le nombre d'utilisateurs le permet, mais surtout l'expertise surspécialisée développée pourrait certainement appuyer des initiatives régionales d'intégration des services.

D'autre part, un service de traitement intégré de 3<sup>e</sup> ligne nommé l'Unité de psychiatrie des toxicomanies (UPT) a été mis en place en 2009 (volet clinique; volet scientifique : 2010) au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) afin d'offrir un programme de traitement intégré pour les troubles concomitants pour les usagers présentant une « comorbidité psychiatrique et médicale sévère » (p. 39) et pour qui l'obtention de soins était difficile dans les structures de traitement déjà existantes<sup>611</sup>.

### Seeking Safety

Comme nous l'avons souligné à la section III, la prévalence d'ÉSPT parmi les usagers ayant un TUS est élevée et la présence de ce double diagnostic a des conséquences négatives sur la persévérance au traitement ainsi que sur l'issue du pronostic. C'est dans cette optique que certains programmes visant à traiter simultanément ces deux problématiques ont été créés dans la dernière décennie, dont le programme développé par Najavits (2013) aux États-Unis et nommé *Seeking Safety* (SS). Le programme SS propose un traitement intégré basé sur l'approche cognitive comportementale et interpersonnelle, et dont l'un de ses composants clés est la gestion de cas (abordé plus haut dans la section 5.3.1.4) et le développement des capacités d'adaptation ou *coping skills*. Cette intervention, traduite en plusieurs langues et manualisée, aborde 25 sujets et peut être offerte en individuel et en groupe. D'après une revue systématique récente (2013), il s'agit du programme le plus examiné parmi les programmes traitant cette comorbidité, et celui qui montrerait des effets positifs tant pour le TUS que pour l'ÉSPT<sup>612</sup>.

### Formations croisées

Le modèle de formation croisée (*cross training*) offrirait d'après Perreault et collègues (2009) la possibilité de mieux outiller les intervenants en favorisant « le partage d'une vision commune, d'une compréhension des rôles de chacun et de la capacité d'interagir efficacement en contexte de situations prévues ou imprévues ». Cet objectif serait d'autant pertinent, selon ces auteurs, dans le contexte de transformation du réseau et d'intégration du dispositif de soins<sup>613</sup>.

Par ailleurs, étant donné l'importance que le traitement intégré revêt pour le traitement des troubles concomitants et les défis rencontrés pour son implantation, le CSAT aux États-Unis et Santé Canada recommandent d'implanter

des formations croisées par rotation positionnelle comme stratégie centrale en vue d'améliorer l'efficacité des interventions et le développement d'un système de soins intégrés pour ces usagers<sup>168, 614</sup>.

La formation croisée est définie comme une stratégie d'apprentissage qui cherche essentiellement à faciliter l'émergence de « connaissances interpositionnelles pour chacun des partenaires impliqués » (p. 146) par l'entremise d'une série de techniques interreliées : la clarification positionnelle (compréhension du rôle de chaque membre d'une équipe), l'observation positionnelle (ajoute une composante d'observation aux échanges portant sur les rôles et responsabilités de chaque membre de l'équipe) et, enfin, la rotation positionnelle (combine la présentation et l'observation avec la mise en œuvre des tâches et responsabilités) (Stagl et coll., 2007; cité par Perreault et coll., 2009)<sup>613</sup>.

La rotation positionnelle consiste, quant à elle, plus précisément à la réalisation de stages d'immersion par des intervenants en dépendance dans un milieu clinique destiné aux troubles mentaux sévères et, vice-versa. Les échanges de personnel favoriseraient une meilleure connaissance et compréhension des intervenants et des réseaux des deux secteurs, ce qui pourrait faciliter le processus de référence d'un réseau à l'autre. Cette mesure contribuerait également à l'acquisition de connaissances et l'intégration de nouveaux processus cliniques permettant un traitement intégré plus efficace des troubles concomitants au sein de chacun des systèmes de services<sup>608</sup>. Notons que le but poursuivi n'est pas de rendre les intervenants capables d'effectuer le travail d'autres professionnels, mais plutôt de créer un environnement de collaboration amélioré, capable de répondre adéquatement aux besoins des usagers<sup>615</sup>.

Des études auraient démontré l'efficacité de la formation croisée pour l'amélioration de la performance des équipes de travail dans divers domaines. En 2003, un projet a été implanté à l'Hôpital Douglas au Québec et depuis, près de 3000 intervenants ont participé aux formations croisées. Initiés par le Comité des partenaires en santé mentale du Sud-Ouest de Montréal (COPASM), le programme de formation croisée comprend deux éléments fondamentaux : les sessions d'échange en ateliers et les rotations du personnel<sup>615</sup>. Le CRD Domrémy-de-la-Mauricie – Centre-du-Québec (CRD-DMQ) a aussi implanté un projet de formation croisée en association avec le CSSS de l'Énergie, service offert par les équipes pluridisciplinaires des Centres d'intégration communautaire (CIC) qui offrent des services directement dans le milieu de vie pour rejoindre des personnes aux problématiques plus complexes et réfractaires aux modèles traditionnels de dispensation de services (schizophrénie : 70 % ; trouble bipolaire : 24 %). La formation croisée semble avoir eu des impacts favorables au niveau du sentiment de compétence perçu par les intervenants ayant participé au projet, tant au

niveau du savoir en lien avec l'autre problématique comme du « savoir-faire » en matière des troubles concomitants. Le projet a favorisé les liens entre les deux réseaux, le CRD-DMQ et le CIC. Des obstacles ont aussi été rapportés par Bertrand et collègues (2008), entre autres que les besoins de formation des intervenants en dépendance ne concernaient pas nécessairement les troubles mentaux sévères, que l'accès aux services était encore difficile et que l'encadrement des échanges cliniques comportait certaines lacunes<sup>608</sup>.

## Réseaux intégrés de services

Les lacunes d'intégration des services sont ciblées parmi les principaux problèmes actuels des systèmes sociosanitaires. C'est dans ce contexte que les réseaux intégrés de services ont d'abord été mis de l'avant comme solution à la refonte de l'organisation des services<sup>616, 617</sup>. Ils représentent l'un des modèles les plus holistiques de refonte du système de soins, visant à mieux coordonner les structures, les processus, les lignes de services, les pratiques et les trajectoires de soins. Les réseaux intégrés de services se définissent comme un ensemble d'organisations qui distribuent un continuum de services coordonnés à une population et qui sont tenues collectivement responsables financièrement et cliniquement de leurs effets sur le système et sur la santé de l'utilisateur<sup>618</sup>. Ils marquent une rationalisation accrue du dispositif de soins et de la formalisation de la collaboration, incluant l'intégration de différentes stratégies visant à améliorer la dispensation des soins (planification stratégique, guichet d'accès aux services, grille standardisée d'évaluation de besoins, agent de liaison, etc.)<sup>619</sup>. Les réseaux intégrés visent à mieux orchestrer sur une base territoriale : 1) l'intervention clinique – meilleure prise en charge de l'utilisateur dans la communauté et meilleure continuité effective des services, incluant une hiérarchisation adéquate du dispositif de soins et un système axé sur le rétablissement des personnes; 2) les procédures structurelles ou administratives qui soutiennent le dispositif clinique – meilleure compatibilité et meilleure intégration des organisations et des systèmes de gouvernance, d'allocation des ressources et de gestion, incluant les systèmes d'information et de reddition de comptes; 3) l'action des professionnels au dispositif de soins, particulièrement les médecins<sup>620-622</sup>. Plus particulièrement, l'intérêt d'une forte gouvernance interreliée sur le plan stratégique (c'est-à-dire les décideurs et les cadres supérieurs), tactique (c'est-à-dire les gestionnaires clinico-administratifs et les cadres intermédiaires) et opérationnel (c'est-à-dire les intervenants « sur le terrain ») a été mis en relief<sup>623</sup>. Les liens informels basés sur la confiance et la bonne volonté des individus, bien qu'essentiels, sont jugés insuffisants, particulièrement dans des réseaux complexes et là où il existe peu de culture de collaboration<sup>624</sup>. Les réseaux intégrés de services soutiennent une restructuration importante du système de santé, jugé traditionnellement comme fonctionnant en silo et insuffisamment en interdisciplinarité. L'implantation de ces réseaux représente donc un défi de taille en raison de l'ampleur et de la complexité

des changements à mettre en œuvre et des régulations à synchroniser<sup>618, 625, 626</sup>. Les réseaux intégrés de services ont été mis en place dans plusieurs domaines de santé, particulièrement pour les usagers aux prises avec des troubles chroniques ou grandement vulnérables, tels que les personnes âgées en perte d'autonomie, le diabète, les jeunes en difficulté, pour le VIH/SIDA. Ce modèle mériterait aussi une réflexion quant à son adaptation pour le programme-services Dépendances et particulièrement pour les troubles concomitants de santé mentale et TUS.

## Modèle des soins chroniques

Le modèle des soins chroniques développé par Wagner, Bodenheimer et collègues (1998) au *MacColl Institute for Health Innovation* est l'un des plus connus et étudiés pour la gestion de ces soins<sup>627</sup>. Il a été adapté dans plusieurs pays en réponse à la croissance du fardeau des maladies chroniques<sup>628</sup>. Il a notamment été déployé pour la prise en charge du diabète, des maladies cardiaques, des maladies pulmonaires obstructives chroniques, du cancer, de l'arthrite et, en santé mentale, surtout pour la dépression<sup>3</sup>. Les TUS étant souvent conçus comme une maladie chronique notamment par des organisations américaines de renom comme l'ASAM<sup>629</sup> (voir section I), la présentation de ce modèle est tout à fait pertinente.

Ce modèle met l'accent sur l'amélioration du travail des omnipraticiens (porte d'entrée et de référence du système de santé) en lien avec les équipes de soins et l'engagement des usagers dans leur rétablissement (interaction entre l'utilisateur et une équipe intégrée), mais intègre aussi une vision holistique de l'organisation des services dans le but d'assurer des soins de qualité. Le modèle de soins chroniques réoriente les soins aigus, réactifs et axés sur la procédure, vers une stratégie de gestion proactive qui met l'accent sur des pratiques de soins préventifs et de soins en continu axés sur l'utilisateur et offerts par des équipes multidisciplinaires qui utilisent de nouvelles technologies de l'information pour anticiper et prévenir la récurrence des rechutes<sup>630</sup>.

Ainsi, le modèle des soins chroniques nécessite des changements organisationnels dans les six domaines suivants : 1) l'organisation et la prestation des soins; 2) le soutien à l'autogestion des soins; 3) le soutien à la décision clinique; 4) le développement d'un système d'information clinique; 5) l'utilisation des ressources de la communauté; 6) l'organisation d'ensemble du dispositif de soins<sup>627, 631, 632</sup>.

D'une façon globale, les différentes composantes du modèle ont été associées à l'amélioration des conditions de santé et à la réduction des coûts de soins de santé<sup>633</sup>. Ce modèle démontre aussi, en général, une amélioration des processus de soins et de l'autogestion des soins (introduit plus loin). Certaines barrières à l'implantation et à la réussite du modèle ont aussi été soulignées, telles que la

complexité de modèle; le manque de soutien des acteurs locaux au développement du modèle; l'inadéquation de l'organisation d'ensemble des soins primaires; le sous-déploiement des systèmes d'information; certaines caractéristiques liées aux professionnels de la santé, dont le roulement du personnel ainsi que l'absence d'appropriation des changements et de participation à ceux-ci<sup>634-636</sup>. Les études démontrent ainsi la difficulté d'implantation optimale du modèle de soins chroniques dans ses différentes composantes ainsi que du transfert des connaissances aux contextes empiriques de soins<sup>637-639</sup>. Ces constats ont entre autres débouché sur l'élaboration d'instruments visant à préparer les organismes à l'introduction de ce modèle (*organizational readiness for change*)<sup>640, 641</sup>. Il y aurait intérêt à réfléchir comment ce modèle pourrait bénéficier au programme-services Dépendances et y être adapté. Notamment, dans les orientations politiques en dépendance, les médecins de famille (pôle central du modèle de soins chroniques) n'ont pas fait l'objet de cible d'intervention particulière; ils sont pourtant la porte d'entrée, d'orientation et de référence aux services dans le système de santé et des services sociaux.

Tel que déjà noté à la section I, aux États-Unis, les TUS ont été définis comme une maladie chronique du cerveau, et l'application de la loi *Patient Protection and Affordable Care Act* (PPACA) et la *Mental Health Parity and Addiction Equity Act* (*the Parity Act*) auront des implications de taille pour l'offre de service dispensée aux personnes ayant des TUS, car ces dernières seront traitées pour la première fois comme des malades chroniques. Toutefois, même si ce cadre législatif pourrait favoriser la transformation des services américains vers un modèle de soins chroniques pour le traitement de TUS, cette réorientation peut s'avérer compliquée, d'après McLellan et collègues (2014)<sup>630</sup>. Ils mentionnent que les TUS « n'ont jamais été traités, assurés ou évalués aux États-Unis comme les autres maladies chroniques ». Depuis la fin des années 1960, les programmes américains spécialisés pour le traitement du TUS, séparés non seulement géographiquement, mais aussi financièrement et culturellement du reste du système de santé, ont traité les TUS comme n'étant qu'une maladie aiguë. Selon ces auteurs, cette ségrégation aurait contribué à que cette problématique soit souvent négligée par les soins primaires.

Des études menées pour évaluer le modèle de soins chroniques pour le traitement de plusieurs conditions chroniques, y compris la dépression, ont conclu qu'il était un modèle efficace, qui était accueilli favorablement tant pour les usagers que pour les médecins et qu'il ne coûtait pas plus cher que le modèle traditionnel de soins. Quant aux TUS, McLellan et collègues (2000) ont récemment réalisé une analyse comparative pour évaluer dans quelle mesure et comment le modèle de soins chroniques pourrait être implanté dans les soins primaires pour traiter les TUS, en utilisant comme comparateur le diabète de type 2. Les résultats de cette

analyse suggèrent que la gestion plus proactive de la maladie par une équipe de soins interdisciplinaire, ou la progression de la problématique et sa sévérité déterminent les actions à déployer en termes de traitement, tel qu'effectué par les équipes de soins du diabète type 2, sont susceptibles d'être appliquées pour des équipes de soins primaires dans le cadre du traitement des TUS, et devraient offrir des résultats potentiellement comparables dans ce domaine. De plus, selon McLellan et collègues (2000), la mise en place du modèle de soins chroniques sur l'organisation des soins de première ligne aurait le potentiel non seulement de réduire la consommation problématique des SPA, mais aussi d'améliorer le traitement des autres troubles chroniques concomitants et de réduire les coûts associés aux services de santé. Outre les écrits indiquant le potentiel d'applicabilité théorique du modèle de soins chroniques dans le programme-services Dépendances<sup>192</sup>, la seule revue systématique effectuée n'a pas permis de trouver d'études randomisées comparant ce modèle avec d'autres modèles de services pour le traitement des TUS<sup>642</sup>. Étant donné que le modèle de soins chroniques est encore très récent dans le programme-services Dépendances, la recherche y est encore limitée<sup>630</sup>.

### 5.3.3

## Santé mentale : approches cliniques, stratégies et modèles

### Approche de soins centrés sur les usagers (*Patient-Centered Medical Home Approach*)

L'approche de soins centrés sur les usagers ou *patient-centered care* a été reconnue par l'*Institut of Medicine* aux États-Unis comme une composante essentielle de toute initiative visant à améliorer la qualité des services de santé offerts, et des investissements de grande échelle ont été consacrés dans ce pays pour améliorer l'implantation de cette approche<sup>643, 644</sup>. Une prestation des soins basée sur cette approche respecte les valeurs, les préférences et les besoins de l'utilisateur, tout en intégrant la notion de responsabilisation de ce dernier. De plus, étant une alternative au modèle centré sur la maladie, l'approche centrée sur l'utilisateur préconise l'information, la communication et l'éducation de l'utilisateur (ex. : nouvelles technologies visant à soutenir l'utilisateur et les fournisseurs de soins), son soutien émotionnel, la participation des membres de son entourage dans la prestation des soins adressés aux usagers ainsi que la coordination et la continuité des soins (ex. accompagnement de l'utilisateur par une équipe des soins le long du continuum-de la prévention au traitement)<sup>645</sup>. Des études ont constaté que l'introduction de cette approche dans les soins permettait de diminuer les séjours à l'hôpital, de réduire les coûts liés aux soins, d'augmenter la satisfaction tant de l'utilisateur que du fournisseur de soins, de faciliter le travail en équipe interdisciplinaire, d'améliorer

129

LES TROUBLES  
LIÉS À L'UTILISATION  
DE SUBSTANCES  
PSYCHOACTIVES

Prévalence, utilisation  
des services et  
bonnes pratiques



la sécurité et réduire les réclamations pour négligence médicale, d'augmenter la rétention des employés et, enfin, d'encourager les soins auto administrés<sup>646, 647</sup>.

En tenant compte des forces des modèles de la *medical home* et des initiatives instaurées au Canada dans le cadre des réformes des soins primaires, le CMFC recommandait en 2009 l'introduction du concept de *medical home* pour que la population canadienne reçoive des soins de première ligne « axés sur ce qu'il y a de mieux pour eux (les usagers) et non pour les systèmes ou ses prestataires ». Défini comme un modèle ou une philosophie de soins primaires centrés sur l'utilisateur, le *medical home* est un modèle déterminé à assurer la qualité et la sécurité des soins tout en améliorant leur accès. Il vise à ce que les usagers aient un médecin de famille qui dispense et dirige leurs soins médicaux, que les soins soient de nature biopsychosociale et qu'ils soient coordonnés, continus et complets et offerts par une équipe interprofessionnelle<sup>648</sup>. L'approche *medical home* avait été originalement développée en pédiatrie<sup>649</sup> pour être adaptée aux soins de première ligne par l'*American Academy of Family Physicians* (AAFP) dans les années 2000, et considérée ces dernières années à l'échelle internationale comme étant un modèle qui améliore la prestation des soins de première ligne et l'accessibilité pour les usagers<sup>650</sup>.

Le *medical home*, s'intégrant dans le modèle des soins chroniques, vise à optimiser la relation usager-médecin de famille (continuité relationnelle, alliance thérapeutique), dont l'inscription des usagers représente une composante centrale<sup>3</sup>. Dans le contexte actuel du Québec, où environ 25 % de la population est sans médecin de famille et où le recours au sans rendez-vous est important, particulièrement pour les usagers vulnérables<sup>651</sup>, cette approche est des plus pertinentes. À la périphérie de ce modèle, les changements de pratique des omnipraticiens en faveur d'une meilleure prise en charge de la population sont également promus, tels que le travail en médecine de groupe (incluant de plus en plus des infirmières praticiennes spécialisées<sup>lix</sup> de première ligne et d'autres intervenants psychosociaux); la rémunération autre qu'à l'acte (salaire, tarif mixte incluant des paiements forfaitaires, capitation); la rémunération par résultats de santé, selon l'inscription des usagers vulnérables et des pratiques interprofessionnelles<sup>652-654</sup>.

L'intégration de la santé mentale incluant la dépendance et la santé comportementale dans les *Patient-Centered Medical Homes* serait de plus en plus

<sup>lix</sup> Comme indiqué par l'Ordre des infirmières du Québec, l'infirmière praticienne spécialisée « dispense des soins infirmiers avancés et effectue des activités médicales autorisées par règlement du Collège des médecins du Québec afin de gérer, en collaboration avec le médecin, les problèmes de santé aigus et chroniques dans un domaine de spécialité spécifique ». Sa pratique serait essentiellement consacrée à des soins directs axés sur le traitement et le suivi des personnes présentant un problème de santé complexe, chronique ou encore des épisodes aigus dans un domaine de spécialité ou en soins de première ligne. » (OIIQ, site Internet).

préconisée depuis les dernières années, et certaines expériences pilotes aux États-Unis ont été mises en place (Vermont) avec des résultats prometteurs<sup>655</sup>. L'ASAM souligne que le *Patient-Centered Medical Homes* fournit « le meilleur cadre pour coordonner la prévention de la maladie et la promotion de la santé », et en conséquence les efforts de prévention et de dépistage des TUS doivent être mis en œuvre dans cet espace. L'ASAM reconnaît l'importance d'intégrer la prévention des TUS dans la première ligne et la pertinence des *medical homes* pour faciliter l'accès et la disponibilité des soins pour les personnes aux prises avec un TUS<sup>656</sup>.

### Soutien à l'autogestion des soins (*Training in Illness Self-Management*)

Le soutien à l'autogestion des soins consiste à offrir de manière systématique des services ou des interventions d'information et d'encadrement aux personnes atteintes d'une maladie chronique dans le but de les soutenir dans l'acquisition de la confiance, de la motivation et des compétences indispensables à une gestion plus réussie de leur maladie, en tenant compte des répercussions de celle-ci sur les plans physique, social et émotionnel de l'individu et sa famille<sup>3, 657</sup>. Ce soutien comprend une évaluation régulière des progrès et des problèmes rencontrés, du soutien pour la résolution des problèmes et pour la définition des objectifs. L'intégration de l'autogestion des soins est conçue comme un processus continu qui peut être temporairement équilibré puis reprend de nouveau face à une modification de la maladie ou de la situation de la personne<sup>658</sup>. Ce soutien peut prendre la forme par exemple des guides d'autogestion, d'ateliers, de programmes interactifs en ligne ou par téléphone ou d'une combinaison de ceux-ci.

Cette approche, plus fréquemment étudiée pour des conditions médicales chroniques, notamment le diabète, favorise le contrôle de la maladie et de la douleur (ex. : arthrite) de même que l'adhérence aux médicaments. De plus, les usagers participant à des programmes inspirés par cette approche ont une meilleure connaissance de la maladie qui les afflige et un sentiment d'efficacité plus développé, ils rapportent une meilleure qualité de vie et obtiennent de meilleurs résultats en lien avec leurs objectifs de traitement<sup>657, 659, 660</sup>. Toutefois, les usagers ne sont pas les seuls à bénéficier de ce type de soutien. En permettant aux usagers de participer plus activement à leurs soins, ces bénéfices sont aussi ressentis par le système de santé. L'autogestion des soins s'est avérée efficace pour diminuer les consultations dans les services d'urgence et les séjours à l'hôpital. De plus, les études montrent notamment une diminution des complications médicales, car les usagers qui participent à un programme d'autogestion des soins suivent mieux leurs symptômes, et ils sont en mesure de prévenir, voire de réagir plus convenablement lorsque confrontés à des problèmes<sup>657</sup>.

L'approche a aussi été examinée chez des populations ayant des troubles mentaux graves comme la schizophrénie, la dépression et le trouble bipolaire avec des résultats prometteurs pour améliorer la symptomatologie et le fonctionnement social de ces individus<sup>661</sup> ainsi que leur qualité de vie, la responsabilisation ou autonomie personnelle (*empowerment*)<sup>662-664</sup>. Des études plus récentes montrent également que les usagers rapportaient avoir adopté des attitudes plus positives envers leur rétablissement et des sentiments d'espoir<sup>665</sup>.

Au Canada et ailleurs, les taux des maladies chroniques sont de plus en plus élevés en raison du vieillissement de la population (cancer, ostéoporose, Alzheimer, etc.) et de l'augmentation de certaines maladies comme l'asthme et le diabète. Le fardeau des maladies chroniques est lourd tant pour les individus et leurs familles que pour le système des soins, en particulier pour les usagers ayant de multiples morbidités, en termes d'utilisation des ressources. On a estimé que les coûts associés aux soins des Américains ayant au moins trois conditions chroniques représentaient chaque année 89 % des dépenses de l'assurance maladie (*Medicaid*)<sup>666</sup>.

Malgré les résultats prometteurs du soutien de l'autogestion des soins pour les usagers et pour le système de santé et de l'appui des experts et des associations médicales pour son implantation, cette approche n'est à ce jour qu'en partie appliquée et intégrée aux soins courants. En effet, un sondage réalisé en 2008 indique que la moitié au deux tiers des Canadiens atteints de maladies chroniques seulement ont déclaré que leur fournisseur de première ligne les avait questionnés sur leurs objectifs de santé<sup>657</sup>.

L'autogestion des soins, étant reconnue comme une approche appropriée pour le traitement d'un large éventail de maladies chroniques, qui encourage les individus à assumer la responsabilité de leur propre rétablissement, pourrait être appliquée au TUS, particulièrement ceux ayant un profil chronique<sup>667</sup>. En effet, tel que rapporté préalablement, un nombre croissant de données probantes montrent qu'une grande proportion d'usagers ont un tel profil, pouvant être traité à cet égard d'une façon similaire à d'autres conditions chroniques, telles que le diabète, l'asthme et l'hypertension où les approches d'autogestion ont été démontrées efficaces (ex. : caractère étiologique multi causal, taux de réussite des traitements et taux d'adhérence au traitement semblable)<sup>667</sup>.

### Soutien à intensité variable (SIV) (*Intensive Case Management*)

Le soutien d'intensité variable (SIV) est une intervention qui assure une continuité de soins aux personnes ayant des troubles mentaux graves, mais dont l'intégration dans la communauté est moins entravée par la maladie que dans le cas du suivi intensif (SI, SIM). Il s'agit habituellement d'une intervention

individualisée, peu intensive (ex. : une visite hebdomadaire ou moins de deux visites par mois). L'intervention vise surtout le maintien dans la communauté et l'amélioration de la qualité de vie des personnes ayant des troubles mentaux graves par le développement des aptitudes individuelles et l'accompagnement. Le SIV accorde une grande importance au développement de l'autonomie de la personne et à son autodétermination dans une perspective d'appropriation du pouvoir d'agir (*empowerment*). Les services sont surtout dispensés directement dans le milieu (domicile de la personne, cafés, organismes communautaires, etc.), et s'adaptent aux changements que vit la personne dans son quotidien. Le gestionnaire de cas évalue les besoins de l'utilisateur, développe avec lui un plan d'intervention ou un plan de services individualisé, dispense certains services et coordonne les rendez-vous avec les autres dispensateurs de soins (CSSS, médecin de famille, organismes communautaires, etc.). La fréquence des rencontres entre la personne utilisatrice et son intervenant est modulée en fonction des besoins de la personne. Les services sont offerts habituellement pour une durée limitée. Le nombre d'utilisateurs suivis par un gestionnaire de cas varie considérablement, mais un maximum de 25 personnes est habituellement recommandé<sup>668</sup>. Alors que le SI doit nécessairement être pris en charge par un établissement du réseau public (en raison de la présence d'un psychiatre dans l'équipe), le SIV peut être assumé tout autant par un organisme public que par un organisme communautaire, constitué exclusivement ou non pour offrir un tel service. Ainsi, le premier organisme à offrir un service de SIV au Québec a été l'organisme communautaire Maison les Étapes (*Forward House*) en 1957<sup>547</sup>.

### Suivi systématique

Le modèle du suivi systématique s'apparente à la gestion de cas, mais il a été utilisé originellement en santé physique et pour les soins en institution, particulièrement à l'hôpital (soins aigus). Cependant, il tend de plus en plus à s'appliquer au secteur de la santé mentale. Il est notamment ciblé comme stratégie à implanter par les équipes de santé mentale en CSSS, dans les orientations ministérielles sur les soins de santé mentale de première ligne<sup>669</sup>. Il vise à établir un continuum de soins répondant aux besoins des usagers en fonction de résultats attendus. Le modèle comprend trois composantes centrales: 1) les cheminements cliniques élaborés autour de plans d'intervention; 2) la gestion de cas; 3) le repérage, l'analyse et la correction des écarts<sup>670</sup>. Il implique une coordination des services et un travail interdisciplinaire important des équipes de soins. Ricard et collègues (2005) relèvent ainsi ce que permet le cheminement de soins interdisciplinaires, dispositif pivot de ce modèle: il s'agit « 1) d'identifier les besoins prioritaires reliés à un usager, le volume d'activités et les coûts rattachés aux soins et services requis pour cet usager durant l'épisode de soins; 2) d'identifier les ressources participantes; 3) de fournir un échéancier précis; 4) de lister les activités cliniques de l'équipe interdisciplinaire; 5) d'identifier la durée de séjour; et 6) de s'assurer que l'offre

de soins et service planifiée se concrétise en confiant cette responsabilité à une gestionnaire de l'épisode de soins (parfois nommée coordonnatrice de suivi) qui voit à minimiser les doublons et les délais dans le processus de soins en identifiant les variances » (p. 3)<sup>671</sup>. Toujours d'après Ricard et ses collègues (2008), les recherches scientifiques sur le suivi systématique seraient peu nombreuses et difficilement comparables, tout particulièrement dans le secteur de la santé mentale. L'introduction récente du suivi systématique dans certaines unités de soins psychiatriques au Québec a mis en relief la difficulté d'implantation de ce modèle (entre autres par manque de confiance dans les outils utilisés, une perception de charge de travail supplémentaire, un manque d'engagement et de collaboration des médecins et de l'ensemble de l'équipe multidisciplinaire), mais également une amélioration émergente de la collaboration interprofessionnelle et des processus de soins visant l'instauration de continuums répondant davantage aux besoins des usagers<sup>672</sup>.

### Soins partagés ou de collaboration (*Shared-Care*)

Les soins partagés ou de collaboration impliquent la collaboration des omnipraticiens, des spécialistes et des ressources psychosociales. Ce modèle a surtout été développé dans le programme-services de santé mentale (omnipraticiens-psychiatres spécifiquement). Nous présentons ce modèle, car il pourrait être utilisé par le domaine de la dépendance en vue d'améliorer ses services (particulièrement : psychologues-autres professionnels de soins). En santé mentale, à l'origine, les efforts ont surtout porté sur le renforcement de la coordination omnipraticiens-psychiatres, ce qui explique le glissement progressif d'appellation vers les soins de collaboration<sup>673, 674</sup>. Différents modèles de soins partagés en santé mentale sont recensés dans la littérature. Le modèle de coordination-consultation (*consultation-liaison model*) correspond à celui privilégié par le MSSS avec la fonction de psychiatre répondant ou consultant pour les omnipraticiens et les équipes de santé mentale de première ligne en CSSS dans la réforme actuelle en santé mentale (Politique de santé mentale)<sup>675</sup>. Le psychiatre, aidé ou non d'une équipe multidisciplinaire spécialisée, est étroitement associé à un groupe d'omnipraticiens et soutient ces derniers dans la dispensation des soins de santé mentale par différentes stratégies (visite sur place, rencontre avec l'utilisateur ou l'omnipraticien ou avec l'équipe de soins, ligne téléphonique ou courriel facilitant l'accès du psychiatre et de l'équipe spécialisée, etc.)<sup>676</sup>. Les psychiatres ou autres professionnels tels que les psychologues spécialistes des TUS en CRD pourraient aussi soutenir les omnipraticiens, qui sont la porte d'entrée aux services de santé, pour la détection, le traitement et l'orientation adéquate des SPA. Dans le modèle accompagnement/liaison (*attachment model*), un ou plusieurs professionnels de la santé mentale sont intégrés pleinement à l'équipe de soins primaires<sup>677, 678</sup>. Le « modèle de soins primaires de qualité » de Bower et Gilbody (2005) comporte aussi ces deux composantes que sont la consultation-liaison et

les soins de collaboration. La première inclut des stratégies visant à améliorer la formation des omnipraticiens en santé mentale et à faciliter les références aux psychiatres au besoin (ou cela pourrait aussi être à une équipe psychosociale en CRD). La deuxième composante (soins de collaboration) est construite sur la consultation-liaison, mais inclut des gestionnaires de cas, qui font la liaison entre les usagers et les médecins (omnipraticiens et psychiatres)<sup>679</sup>.

Globalement, les différents modèles de soins partagés varient en regard de l'intensité du soutien accordé aux omnipraticiens (ou à d'autres intervenants de première ligne, notamment les équipes de santé mentale en CSSS au Québec) par les psychiatres ou les équipes psychiatriques (autres dispensateurs possibles dans d'autres domaines dont les TUS). Le meilleur modèle à implanter dépend des contextes (lieux de pratique, organisation d'ensemble du dispositif de soins, etc.) et du profil clinique des usagers. Les modèles peuvent inclure les composantes suivantes : 1) le soutien informel des omnipraticiens par les psychiatres – ou autres spécialistes pertinents (communauté de pratique); 2) la présence d'omnipraticiens spécialisés en santé mentale incluant les TUS; 3) la formalisation de procédures rapides de référence et de consultations téléphoniques des omnipraticiens aux psychiatres (ou autres spécialistes); 4) des programmes de formation, de coaching clinique et d'outillage pour les omnipraticiens; 5) l'intervention directe de professionnels de la santé mentale ou des CRD dans les cliniques médicales des omnipraticiens (ou CSSS-CLSC), laquelle implique des consultations entre omnipraticiens et intervenants de la santé mentale, ou des consultations entre usagers et professionnels de la santé mentale et des TUS incluant ou non les omnipraticiens et, possiblement, l'intégration de la coordination des usagers par l'intermédiaire de gestionnaires de cas établissant un suivi étroit avec les omnipraticiens<sup>680</sup>.

Des lignes directrices sur les soins partagés ont été publiées à la fin des années 1990 par le CMFC et l'Association des psychiatres du Canada<sup>673, 674</sup> et, tout récemment, par le CMFC en collaboration avec le Groupe de travail sur les soins partagés en santé mentale<sup>673, 674</sup>. L'implantation des soins partagés est au centre des priorités des systèmes de santé mentale les plus performants, comme en Grande-Bretagne et en Australie<sup>681</sup>. L'ACRDQ réfléchit actuellement à l'adaptation et au déploiement de ce modèle pour le programme-services Dépendances. La majorité des études qui s'intéressent aux meilleures pratiques de collaboration en santé mentale ont abordé la dépression<sup>682</sup>. Elles confirment qu'un partage des soins apporte des bénéfices supérieurs à l'intervention d'un seul professionnel<sup>683-687</sup>. Les usagers ayant une dépression majeure sont ceux qui répondraient le mieux aux interventions axées sur la collaboration<sup>688-691</sup>. Bien que les études soient encore peu nombreuses<sup>682</sup>, des résultats probants ont aussi été signalés pour les troubles graves de santé mentale.

# CONCLUSION

Ce rapport permet d'effectuer un certain bilan de la littérature sur la prévalence, l'utilisation des services et les bonnes pratiques concernant les TUS, afin de familiariser les personnes intéressées au programme-services Dépendances sur ce sujet et de contribuer à la réflexion visant l'amélioration de l'offre de service de ce secteur clé des services de santé et des services sociaux.

Après avoir défini les SPA, nous avons présenté dans la **première section** les prévalences sur la consommation de SPA : d'une consommation d'alcool à faible risque à une consommation à risque et les TUS tant pour l'alcool que pour les drogues. Bien que la consommation d'alcool ne comporte qu'un faible risque<sup>ix</sup> pour une grande majorité de la population, une proportion importante présente une consommation au-delà des limites d'une consommation modérée. À l'échelle mondiale comme au Québec, cette consommation problématique (avec et sans diagnostic) d'alcool est plus courante chez les hommes que chez les femmes. En 2012, environ 6 millions de Canadiens (21,6 %) satisfaisaient aux critères associés à un TUS-alcool ou drogue- à un moment ou à un autre au cours de leur vie- et près de 600 000 personnes (4,4 %) au cours des 12 mois précédents l'enquête. Force est de constater aussi que les jeunes âgés de 15 à 24 ans étaient le groupe d'âge présentant le taux de TUS le plus élevé<sup>13</sup>. Au Québec, cette problématique a affecté environ 1,2 million de personnes (17,8 %) au cours de leur vie et environ 260 000 personnes (3,9 %) au cours de 12 derniers mois. En ce qui concerne le TUS-alcool spécifiquement, la prévalence était de 3,2 % au Canada et de 2,7 % au Québec au cours des 12 derniers mois, nettement supérieur par rapport au TUS-drogues. Quant à la consommation de drogues, le cannabis est la SPA illicite la plus consommée au Canada dont près de 50 % de la consommation s'effectue chez les jeunes. Environ 1,3 % des Canadiens de 15 ans et plus avaient un TUS-cannabis au cours de l'année précédant l'ESCC 2012, soit près du double de la proportion de personnes ayant un TUS à d'autres drogues (0,7 %). La situation est semblable au Québec, où 1,4 % de personnes satisfaisaient aux critères de TUS au cannabis tandis que les TUS à d'autres drogues était de 0,5 %. Outre le fait d'avoir campé les définitions du TUS selon le DSM-IV et 5 et le CIM-10, la nouvelle conception du TUS selon l'ASAM a également été présentée. Définie comme une maladie chronique du cerveau, cette conception du TUS viendrait donner une primauté aux aspects biologiques et à la prise en charge médicale au détriment des aspects d'ordre psychosocial qui influencent également ce phénomène. Elle

<sup>ix</sup> À titre de rappel, au Canada, on recommande de ne pas boire plus de 2 verres standard par jour et de limiter sa consommation à 10 verres standard par semaine pour les femmes et de ne boire plus de 3 et 15 verres standard par jour et par semaine, respectivement, pour les hommes<sup>98</sup>.

viendrait également supporter le caractère non curable du TUS, malgré le fait que selon les données probantes la rémission est une voie possible pour une partie des usagers (tel que mentionné à la section 1.5). Bien qu'adoptée par plusieurs organismes, cette définition ne fait pas consensus, et les principales critiques à son égard ont été mises en relief. Cette section a abordé d'ailleurs le caractère multifactoriel des TUS, et elle a fait un survol des problématiques en croissance - mais encore peu étudiées- soit la prise des médicaments sous ordonnance de même que les soirées raves. La polyconsommation est aussi présentée comme étant un phénomène associé à un risque plus accru des intoxications et surdoses en particulier.

La **deuxième section** de ce cahier a mis en relief les répercussions majeures des TUS sur la santé et sur plusieurs autres domaines (relations interpersonnelles, emploi, criminalité, etc.) pour les personnes aux prises avec un TUS et leur entourage. De plus, y est abordé le fardeau économique et social substantiel associé à cette problématique. Au Canada le coût social global de l'abus de SPA (y compris le tabac) est estimé à environ 3,3 % du PIB<sup>118</sup>, pourcentage comparable à d'autres pays développés comme la France<sup>122</sup>, et les coûts économiques les plus importants sont attribuables à la perte de productivité dans tous les pays ayant fait cette analyse, suivie des coûts liés aux soins de santé. De ce fait, l'OMS considère les mesures visant à réduire les méfaits causés par les SPA, dont l'alcool et d'autres drogues, comme un élément central des politiques de santé publique, en raison de l'importance de la charge mondiale de morbidité reliée à leur utilisation. Incluant le tabac, ces SPA totalisent 8,9 % de ce fardeau. L'alcool figure en 5<sup>e</sup> position parmi les 10 facteurs de risque les plus importants dans le monde (pays en développement à forte et à faible mortalité et pays développés), prenant compte de la charge de morbidité évitable. Selon les projections, ces statistiques se maintiendront jusqu'en 2020<sup>14</sup>.

La **troisième section** soulève l'importance de s'attarder à deux populations requérant une offre de service plus adaptée à leurs besoins : les personnes aux prises avec un trouble concomitant de santé mentale et de TUS et les personnes ayant un TUS de longue durée ou profil chronique. Le Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011<sup>126</sup> soulignait le besoin de porter une attention particulière quant à l'offre de service des premiers. Si tout le monde s'accorde quant au fait que les troubles concomitants de TUS et de santé mentale sont plus la règle que l'exception parmi les individus ayant recours aux traitements pour leur TUS ou leurs problèmes psychiatriques, la prise en charge de ces individus représente un défi pour les deux programmes-services impliqués (dépendance et santé mentale). Si l'intégration des services est promu par certains comme le modèle de soins à privilégier dans l'offre de service (développé dans la section V), force est de constater que ces deux domaines ont été historiquement développés



en silo et que cette intégration comporte plusieurs difficultés dans la pratique. D'autre part, si on estime qu'un pourcentage important des usagers en service de réadaptation aurait une longue carrière de consommation et de multiples épisodes de soins, on connaît peu leur profil clinique et d'utilisation de services. Les services en dépendance ayant néanmoins été conçus à l'échelle mondiale pour traiter le TUS comme une maladie aiguë, on estime que les services offerts à ces usagers ne seraient donc pas optimaux. Le milieu de la pratique et de la recherche au Québec reconnaissent l'importance et la nécessité de mieux connaître ce sous-groupe d'usagers à profil chronique pour leur offrir des services plus adaptés. Avec la croissance importante des maladies chroniques depuis les dernières décennies, tels que le diabète et l'asthme et certains troubles mentaux, des interventions et des modèles de soins plus adaptés à ces usagers ont été créés en conséquence. Ils semblent pour la plupart être efficaces pour la prise en charge des usagers, pour la prévention des crises et l'amélioration de la qualité de vie des personnes, par le biais d'une offre de service continue à intensité variable selon les besoins de l'utilisateur (ex. : suivi intensif dans le milieu, suivi intensif variable). Étant donné certaines analogies ressorties entre ces maladies chroniques et les TUS, certains auteurs proposent que le modèle de soins chroniques - présenté à la section V-pourrait être implémenté dans le programme-services Dépendances. Bien que cette section ne fait qu'introduire le lecteur aux troubles concomitants et au profil chronique des TUS, une meilleure compréhension de ces problématiques est nécessaire afin de développer des interventions plus appropriées et des services optimaux<sup>168, 169</sup>.

L'utilisation des services est un facteur important qui exerce une influence sur le cours des maladies et peut favoriser la rémission. La **quatrième section** s'intéresse ainsi aux déterminants de l'utilisation des services, présentés selon le cadre théorique emprunté du modèle d'Andersen, qui structure les déterminants en facteurs prédisposants, facilitants et de besoins. La connaissance et la compréhension de ces déterminants permettent de développer des interventions plus adéquates. Pourtant, dans le domaine des TUS, l'ampleur exacte de l'utilisation des services selon les profils des consommateurs ou les besoins des usagers non comblés demeure encore grandement méconnue. Cette section a aussi porté sur la persévérance en traitement (non optimale pour les TUS), les facteurs qui influencent cette dernière ainsi que les stratégies pour l'améliorer. La persévérance en traitement est considérée comme un élément clé pour la réussite du traitement, et la connaissance de ces déterminants pourrait contribuer à améliorer le taux de rétention dans les services ainsi que le taux de rémission.

La **cinquième section** présente d'abord ce qu'on comprend par efficacité des traitements et par rétablissement. Le rétablissement est un processus conçu comme une démarche individuelle qui surpasse, selon les définitions plus

humanistes, la seule réduction ou arrêt de la consommation de SPA pour comprendre également d'autres éléments tels que la prise du pouvoir de la personne, son épanouissement malgré les limitations imposées par la problématique (dont une meilleure qualité de vie) et le développement d'une identité qui va au-delà de la maladie. Dans ce sens, l'efficacité des traitements peut être mesurée par un ensemble d'éléments composant le rétablissement. Cette section a présenté, par la suite, les « bonnes pratiques » (ou pratiques basées sur des données probantes) les plus citées dans la littérature concernant les TUS, essentiellement les approches et interventions thérapeutiques qui apparaissent dans la recension réalisée par Desrosiers et collègues en 2010. Nous avons également répertorié des stratégies organisationnelles et cliniques de même que certains programmes ou modèles utilisés en dépendance, d'autres qui se retrouvent dans « la croisée des chemins » entre la dépendance et la santé mentale et, enfin, certaines bonnes pratiques qui sont essentiellement implantées en santé mentale, mais qui pourraient inspirer le programme-services Dépendances. Étant donné la forte prévalence des troubles concomitants, ce dernier et le programme-services Santé mentale sont étroitement inter-reliés. Si cette recension des approches, interventions, stratégies, programmes et modèles ne prétend pas être exhaustive, sa présentation vise à contribuer à la réflexion en vue d'améliorer l'offre des services pour les personnes aux prises avec un TUS.

# ANNEXES

**140**

**LES TROUBLES  
LIÉS À L'UTILISATION  
DE SUBSTANCES  
PSYCHOACTIVES**

Prévalence, utilisation  
des services et  
bonnes pratiques

## ANNEXE 1 : Substances psychoactives (SPA) : dépresseurs, stimulants, perturbateurs

DÉPRÉSSEURS						
Produits	Autres noms	Apparence	Usage médical	Méthode de consommation	Effets recherchés	Effets secondaires
ÉTHANOL	Alcool, Bière, Boisson, Cooler, Spiritueux, Vin.	Liquide	Désinfectant, Antidote du Méthanol.	Avalé.	Désinhibition, Relaxation, Impression de chaleur.	Agitation, Incoordination, Ralentissement des gestes, Somnolence, Modification de l'attention, de la mémoire et du jugement.
BENZODIAZÉPINES	Ativan™, Dalmane™, Librium™, Halcion™, Restoril™, Rohypnol <sup>A</sup> , Serax™, Valium™, Xanax™.	Ampoules, Capsules, Comprimés.	Traitement de l'anxiété et de l'insomnie.	Avalé.	Désinhibition, Relaxation.	Ralentissement des gestes, Nausées, Constipation Rétrécissement de la pupille de l'œil.
OPIACÉS	Codéine, Dilaudid™, Héroïne, Méthadone, Morphine, Percodan™, Smack*.	Ampoules, Capsules, Comprimés, Poudre.	Soulagement de la douleur.	Avalé, Fumé, Inhalé, Injecté.	Désinhibition, Réduction de la douleur, Relaxation, Impression de chaleur, Retard de l'éjaculation.	Somnolence, Ralentissement des gestes, Confusion, Hallucinations, Modification de l'attention, de la mémoire et du jugement, Amnésie.
SOLVANT	Colle, Décapant, Essence.	Liquide (forte odeur).	Aucun.	Inhalé.	Désinhibition, Euphorie, Hallucinations.	Étourdissement, Somnolence, Nausées, Modification de l'attention, de la mémoire et du jugement.
GHB (gamma hydroxybutyrate)	Ecstasy liquide <sup>B</sup> .	Liquide.	Aucun au Canada.	Avalé.	Euphorie, Somnolence.	Modification de l'attention, de la mémoire et du jugement.

Source : Tableau tiré de Lecavalier et coll., 2003<sup>5</sup>. Reproduit avec l'autorisation du CRD Domrémy Mauricie-Centre-du-Québec.

Avertissement de l'auteur : « Certains produits énumérés dans ce tableau sont des médicaments pouvant être utilisés à des fins thérapeutiques. Leur inclusion dans le présent tableau répond à des besoins d'information uniquement et ne signifie pas que leur usage médical soit inapproprié. Dans plusieurs cas, le principe actif de ces produits peut aussi être vendu par d'autres compagnies pharmaceutiques sous des noms différents. Seules les dénominations les plus connues sont identifiées ici. Il faut aussi retenir que plusieurs effets d'un psychotrope varient en fonction de l'état physique et mental du consommateur, de la pureté du produit et du contexte où il est utilisé (oct. 1998) ».

<sup>TM</sup> Trademark ou marque déposée

<sup>A</sup> Le Rohypnol™ n'est pas commercialisé au Canada.

\* Appellation populaire.

<sup>B</sup> Malgré l'impression donnée par ce terme, le GHB ne contient pas d'ecstasy.

## DÉPRÉSSEURS (suite)

Produits	Vitesse d'élimination (Demi-vie)	Dépendance	Sevrage	Surdose	Remarques
ÉTHANOL	Très rapide. L'élimination de l'éthanol se fait à un rythme constant, directement lié au temps écoulé.	Psychologique, Physique.	Insomnie, Irritabilité, Confusion, Tremblements, Psychose, Convulsions, Delirium Tremens.	Problèmes de coordination, Délire, Perte de conscience, Dépression respiratoire, Ralentissement du pouls, Coma, Mort <sup>c</sup> .	Le mélange d'alcool avec plusieurs drogues ou médicaments augmente les risques d'accidents de tout genre.
BENZODIAZÉPINES	Varie selon les produits de 3 h (Halcion) à 100 h (Valium).	Psychologique, Physique (Possible).	Anxiété, Insomnie, Nausée, Fièvre, Tremblements, Convulsions, Délire.	Excitation, Délire, Problèmes de coordination, Stupeur, Dépression respiratoire.	Certains de ces produits entraînent des problèmes de mémoire chez les utilisateurs. Le Rohypnol est parfois désigné par les médias comme « drogue du viol ».
OPIACÉS	Varie selon les produits, de 1,5 h (Morphine) à 30 h (Méthadone).	Psychologique, Physique.	Bâillements, Hypertension, Spasmes, Diarrhée, Frissons, Douleur, Anxiété, Irritabilité.	Problèmes de coordination, Perte de conscience, Dépression respiratoire, Troubles cardiaques, Coma, Mort.	La méthadone est un narcotique parfois utilisé dans le traitement des narcomanes.
SOLVANT	Très rapide.	Psychologique.	Aucun symptôme spécifique.	Perte de conscience, Convulsions, Troubles cardiaques, Mort.	Les solvants sont associés à des risques d'incendie et d'explosion.
GHB (gamma hydroxybutyrate)	0,3 h.	Aucune.	Aucun symptôme spécifique.	Sommeil profond, Nausées, Amnésie, Vomissements, Dépression respiratoire.	Ce produit est parfois, lui aussi désigné par les médias comme « drogue du viol ».

<sup>c</sup> À des concentrations sanguines de plus de 0,4g/100 ml, l'alcool peut directement causer la mort du buveur.

## STIMULANTS

Produits	Autres noms	Apparence	Usage médical	Méthode de consommation	Effets recherchés	Effets secondaires
CAFÉINE	Café, Thé, Wake-Up, Certains analgésiques <sup>D</sup> .	Capsules, Comprimés, Liquide.	Aucun.	Avalé.	Augmente l'éveil et la force musculaire, Réduit la fatigue.	Agitation, Anxiété, Insomnie, Irritation gastrique, Hypertension.
AMPHÉTAMINE	<i>Crystal*</i> , <i>Ice*</i> , <i>Meth*</i> , <i>Ritalin™</i> , <i>Speed*</i> , <i>Upper*</i> .	Capsules Comprimés Liquide Poudre.	Coupe-faim, Traitement du déficit d'attention chez l'enfant.	Avalé, Fumé, Inhalé, Injecté.	Réduction de l'appétit, Réduit la fatigue, Augmente l'éveil et la force musculaire.	Agitation, Anxiété, Insomnie, Hallucination, Paranoïa, Délire, Fièvre, Gestes répétitifs, Augmente la température corporelle.
COCAÏNE	<i>Base*</i> , <i>Coke*</i> , <i>Crack*</i> , <i>Freebase*</i> .	Cailloux Poudre.	Anesthésique topique.	Avalé, Fumé, Inhalé, Injecté, Application sur les muqueuses.	Réduction de l'appétit, Réduit la fatigue, Augmente l'éveil et la force musculaire.	Agitation, Anxiété, Insomnie, Hallucinations, Paranoïa, Délire, Fièvre, Gestes répétitifs, Augmente la température corporelle.
NICOTINE	Cigare, Cigarette, Nicoderm™, Habitrol™, Tabac.	Feuilles séchées Gommes à mâcher Pansements.	Réduction des symptômes de sevrage chez le fumeur.	Application sur la peau, Fumé, Mastiqué.	Favorise la perte de poids, Éveil.	Toux, Nausées.

# 143

### LES TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Prévalence, utilisation des services et bonnes pratiques

<sup>D</sup> La caféine peut être présente dans certains médicaments contre le mal de tête, comme l'Anacin™ etc.

## STIMULANTS (suite)

Produits	Vitesse d'élimination (Demi-vie)	Dépendance	Sevrage	Surdose	Remarques
CAFÉINE	3-10 h.	Psychologique, Physique.	Fatigue, Difficultés de concentration, Faiblesse, Irritabilité.	Anxiété, Convulsions, Mort <sup>E</sup> .	L'insomnie est une conséquence fréquente de la consommation de caféine.
AMPHÉTAMINE	4 h.	Psychologique.	Anxiété, Fatigue, Difficultés de concentration, Nausées, Augmentation de l'appétit.	Anxiété, Hallucinations, Paranoïa, Délire, Fièvre, Troubles cardiaques, Convulsions, Mort.	De fortes doses de stimulants nuisent à l'apprentissage et à la concentration.
COCAÏNE	0.5 h - 1,5 h.	Psychologique, Physique (Possible).	Anxiété, Fatigue, Difficultés de concentration, Nausées, Augmentation de l'appétit.	Vomissements, Perte de tonus respiratoire, Dépression respiratoire, Convulsions, Mort.	L'utilisation chronique de cocaïne cause l'impuissance chez certains usagers.
NICOTINE	2 h.	Psychologique, Physique.	Irritabilité, Anxiété, Difficultés de concentration, Fatigue.	Nausées, Vomissements, Diarrhée, Confusion, Troubles cardiaques, Défaillance respiratoire, Mort.	La fumée de tabac est souvent associée au cancer.

<sup>E</sup> L'ingestion de caféine pure (insecticides, principe actif contenu dans les pansements, etc.) peut produire des concentrations mortelles.

## PERTURBATEURS

Produits	Autres noms	Apparence	Usage médical	Méthode de consommation	Effets recherchés	Effets secondaires
CANNABIS	<i>Bag*</i> , <i>Hasc*</i> , <i>Herbe*</i> , <i>Huile de hasch*</i> , <i>Mari*</i> , <i>Pot*</i> , <i>Résine*</i>	Feuilles séchées, Huile, Petits cubes	Traitement des nausées liées à la chimiothérapie.	Fumé, Avalé.	Désinhibition, Relaxation, Réduction de l'anxiété.	Toux, Augmentation de l'appétit, Rougeur des yeux, Ralentissement de la pensée.
PHENCYCLIDINE (PCP)	<i>Acide*</i> <i>Angel dust*</i> , <i>Mescaline*</i> , <i>Mess*</i> , <i>TH*</i>	Buvards, Capsules, Comprimés, Liquide, Poudre	Usage vétérinaire uniquement.	Avalé, Fumé, Inhalé, Injecté.	Hallucinations.	Réduction de la sensibilité à la douleur, Crampes abdominales, Désorientation, Agressivité, Délire.
PSILOCYBINE	<i>Champignons*</i> , <i>Mush*</i> , <i>Mushrooms*</i>	Capsules, Champignons séchés, Cristaux, Poudre	Aucun.	Avalé, Injecté (rarement).	Modification de l'humeur.	Crampes abdominales.
LSD, MDA, STP ET AUTRES	<i>Acide*</i> , <i>Buvarde*</i>	Buvards, Capsules, Comprimés, Liquide	Aucun.	Avalé, Fumé, Inhalé, Injecté.	Hallucinations.	Désorientation.
ECSTASY	<i>Dove*</i> , <i>MDMA, X*</i> , <i>XTC*</i>	Comprimés, Poudre	Aucun.	Avalé, Injecté (rarement).	Euphorie, Modification des sensations, Réduit la fatigue.	Anxiété, Augmente la température corporelle, Comportements répétitifs.
2-CB	<i>Bromo*</i> , <i>Erox*</i> , <i>Nexus*</i> , <i>Venus*</i>	Comprimés, Poudre	Aucun.	Avalé, Inhalé.	Euphorie, Modification des sensations, Réduit la fatigue.	Désorientation.
KÉTAMINE	Kétalar™, Special K*	Ampoules, Comprimés, Cristaux, Poudre	Anesthésique utilisé en chirurgie.	Avalé, Inhalé.	Hallucinations.	Désorientation, Perte de conscience.

## 145

### LES TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Prévalence, utilisation des services et bonnes pratiques



## PERTURBATEURS (suite)

Produits	Vitesse d'élimination (Demi-vie)	Dépendance	Sevrage	Surdose	Remarques
CANNABIS	20 - 30 h.	Psychologique.	Aucun symptôme spécifique.	Confusion, Excitation, Anxiété, Paranoïa.	Le cannabis est la drogue illégale dont l'usage est le plus répandu.
PHENCYCLIDINE (PCP)	24 - 27 h. On rapporte des effets résiduels plusieurs semaines après une consommation.	Psychologique.	Aucun symptôme spécifique.	Confusion, Hypertension, Convulsions, Coma, Troubles cardiaques et respiratoires, Mort.	Plusieurs observations relient le PCP à des comportements violents chez la personne intoxiquée.
PSILOCYBINE	Données non disponibles.	Psychologique.	Aucun symptôme spécifique.	Confusion.	Il est très dangereux de consommer des champignons inconnus ramassés au hasard.
LSD, MDA, STP ET AUTRES	3 h (LSD).	Psychologique.	Aucun symptôme spécifique.	Confusion, Agitation, Délire, Coma, (varie selon les produits).	Le produit vendu sous le nom de TH contient du PCP ou d'autres hallucinogènes.
ECSTASY	7,6 h.	Psychologique.	Aucun symptôme spécifique.	Fièvre, Convulsions, Hypertension, Troubles cardiaques, Risques de décès soupçonnés	Les comprimés vendus sur le marché noir peuvent contenir du PCP ou d'autres substances.
2-CB	Données non disponibles.	Psychologique.	Aucun symptôme spécifique.	Confusion.	Parfois vendu comme étant de l'ecstasy.
KÉTAMINE	4 h.	Psychologique.	Aucun symptôme spécifique.	Confusion, Hypertension, Perte de conscience, Dépression respiratoire.	Risques de « flashback » ou de « bad-trip ».

## ANNEXE 2 : Prévalence de consommation abusive d'alcool et prévalence de tus- drogues

TABLEAU 1\* : Prévalence de la consommation abusive d'alcool (%) selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2013

	12 ans et plus	12 à 19 ans	20 à 34 ans	35 à 44 ans	45 à 64 ans	65 ans et plus
Hommes	24,5	14	39,8	26,7	23,2	8,4
Femmes	13,4	10,8	24,2	13,7	11,8	3,6
Total	18,9	12,4	32,1	20,1	17,4	5,8

TABLEAU 2\* : Prévalence de la consommation abusive d'alcool selon le groupe d'âge et le sexe (%), Québec, 2013

	12 ans et plus	12 à 19 ans	20 à 34 ans	35 à 44 ans	45 à 64 ans	65 ans et plus
Hommes	25,8	15,9	41,2	28,6	24,2	10,3
Femmes	15,8	13,5	25,2	17,7	15,5	4,9
Total	20,8	14,7	33,3	23,3	19,8	7,4

**TABLEAU 3\*\*** : Prévalence de l'abus ou dépendance aux **drogues** (excluant cannabis) à vie et au cours de 12 derniers mois (%) selon le groupe d'âge, Canada et Québec, 2012

	À vie				12 derniers mois			
	Total, 15 ans et +	15 à 24 ans	25 à 64 ans	65 ans et +	Total, 15 ans et +	15 à 24 ans	25 à 64 ans	65 ans et +
<b>Canada</b>	4,0	4,2	4,7	1,2	0,7	2	0,5	F
<b>Québec</b>	4,3	4,7	4,9	F	0,5	F	F	F

**TABLEAU 4\*\*** : Prévalence de l'abus ou dépendance aux **cannabis** à vie et au cours de 12 derniers mois (%) selon le groupe d'âge, Canada et Québec, 2012

	À vie				12 derniers mois			
	Total, 15 ans et +	15 à 24 ans	25 à 64 ans	65 ans et +	Total, 15 ans et +	15 à 24 ans	25 à 64 ans	65 ans et +
<b>Canada</b>	6,8	11	7,4	1	1,3	5,1	0,8	F
<b>Québec</b>	6,4	12,2	6,7	F	1,4	6,8	0,7	F

## ANNEXE 3 : Taux d'admissions aux services en dépendance aux États-Unis selon le nombre d'épisodes de traitement précédents et SPA primaire

TABLEAU 1 : Type de service reçu (% colonne) selon le nombre d'épisodes de traitement précédents chez les personnes âgées de 12 ans admises dans un centre de traitement aux États-Unis, TEDS 2012

No. of prior treatment episodes	All admissions	Ambulatory		Detoxification (24-hour service)			Rehabilitation/residential			Medication-assisted opioid therapy <sup>bxiii</sup>		
		Outpatient	Intensive outpatient	Freestanding residential	Hospital inpatient	Ambulatory	Short-term (<30 days)	Long-term (30+ days)	Hospital (non-detox)	Outpatient	Detoxification	Residential
None	40.5	50.8	36.4	36.3	39.1	30.2	27.4	27.5	38.9	22.5	32.4	21.0
1	21.8	22.7	24.4	15.6	17.5	22.0	23.6	23.1	19.1	22.7	18.3	17.8
2	12.5	11.1	14.8	9.9	10.9	15.4	15.4	15.8	12.8	17.0	12.7	14.8
3	7.6	6.0	8.9	6.5	6.3	9.4	10.1	10.4	8.4	11.5	10.2	11.1
4	4.3	3.0	5.1	4.5	4.7	6.9	6.0	6.3	5.7	6.4	5.0	8.4
5 or more	13.4	6.5	10.3	27.2	21.5	16.1	17.5	16.9	15.1	19.9	21.4	27.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
No. of admissions	1,591,019	720,648	199,383	257,096	10,221	8,695	155,987	124,599	3,646	84,394	20,387	5,963

149

### LES TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Prévalence, utilisation des services et bonnes pratiques

<sup>bxiii</sup> Méthadone or Buprenorphine

Source : Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioral Health Statistics and Quality. Treatment Episode Data Set (TEDS) : 2002-2012. National Admissions to Substance Abuse Treatment Services. BHSIS Series S-71, HHS Publication No. (SMA) 14-4850. Rockville, MD : Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014, pag. 90

Reproduit avec l'autorisation de SAMHSA

**TABLEAU 2 : Type de service reçu (% ligne) selon le nombre d'épisodes de traitement précédents chez les personnes âgées de 12 ans admises dans un centre de traitement aux États-Unis, TEDS 2012**

No. of prior treatment episodes	All admissions	Ambulatory		Detoxification (24-hour service)			Rehabilitation/residential			Medication-assisted opioid therapy <sup>lxiii</sup>			Total
		Outpatient	Intensive outpatient	Freestanding residential	Hospital inpatient	Ambulatory	Short-term (<30 days)	Long-term (30+ days)	Hospital (non-detox)	Outpatient	Detoxification	Residential	
None	643,807	56.8	11.3	14.5	0.6	0.4	6.6	5.3	0.2	2.9	1.0	0.2	100.0
1	346,393	47.2	14.1	11.6	0.5	0.6	10.6	8.3	0.2	5.5	1.1	0.3	100.0
2	198,982	40.1	14.9	12.7	0.6	0.7	12.1	9.9	0.2	7.2	1.3	0.4	100.0
3	120,286	35.7	14.7	14.0	0.5	0.7	13.1	10.7	0.3	8.1	1.7	0.5	100.0
4	69,093	31.7	14.9	16.8	0.7	0.9	13.5	11.3	0.3	7.8	1.5	0.7	100.0
5 or more	212,458	22.0	9.6	33.0	1.0	0.7	12.8	9.9	0.3	7.8	1.5	0.7	100.0
No. of admissions	1,591,019	720,648	199,383	257,096	10,221	8,695	155,987	124,599	3,646	84,394	20,387	5,963	100.0

## 150

### LES TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Prévalence, utilisation des services et bonnes pratiques

Source : Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioral Health Statistics and Quality. Treatment Episode Data Set (TEDS) : 2002-2012. National Admissions to Substance Abuse Treatment Services. BHSIS Series S-71, HHS Publication No. (SMA) 14-4850. Rockville, MD : Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014, pag. 91

Reproduit avec l'autorisation de SAMHSA

**TABLEAU 3 : Type de substance primaire selon le nombre d'épisodes de traitement précédents chez les personnes âgées de 12 ans admises dans un centre de traitement aux États-Unis, 2012**

No. of prior treatment episodes	All admissions	Alcohol		Opiates		Cocaine		Marijuana/ hashish	Methamphetamine/ amphetamines	Tranquilizers	Sedatives	Hallucino-gens	PCP	Inhalants	Other/none specified
		Alcohol only	With secondary drug	Heroin	Other opiates	Smoked cocaine	Other route								
None	40.5	46.4	35.0	20.1	42.5	26.3	37.2	57.8	41.2	38.7	53.6	44.8	25.9	46.3	57.2
1	21.8	20.8	21.5	19.3	24.1	20.2	23.7	23.1	24.9	21.1	22.3	23.5	24.9	18.7	18.1
2	12.5	10.6	13.4	15.2	13.6	15.0	14.0	9.7	13.8	12.2	9.6	12.2	18.5	12.1	9.0
3	7.6	6.0	8.4	11.2	7.7	11.2	8.4	4.4	7.8	7.3	5.7	7.5	12.7	6.7	5.1
4	4.3	3.5	5.0	7.0	4.1	7.0	5.0	2.0	4.3	4.4	2.9	3.6	6.3	3.6	2.9
5 or more	13.4	12.7	16.7	27.2	8.1	20.3	11.7	3.0	8.0	16.3	6.0	8.5	11.7	12.5	7.6
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
No. of admissions	1,591,019	334,310	267,322	254,397	158,496	75,666	35,205	294,810	122,617	14,683	3,072	1,939	5,543	1,047	21,912

## ANNEXE 4 : Quelques études de cohorte dans le domaine de la dépendance

TABLEAU 1 : Études internationales

Study	Country / Description / Aim	Treatment	Follow-up timepoints	Sample (n) / (Follow-up rates)	Outcomes
<p><b>Project MATCH (Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity)</b></p> <p>Project MATCH Research Group. (1998)<sup>692</sup></p> <p>Pagano et coll. (2013)<sup>374</sup></p>	<p>É.-U.</p> <p>A prospective longitudinal investigation of the efficacies of 3 behavioral treatments for alcohol use disorders (multisite clinical trial) began in 1989. Stopped around 2000.</p> <p>To studied whether treatment should be uniform or assigned to patients based on specific needs and characteristics.</p>	<p>CBT*, MET*, 12- Step Facilitation</p>	<p>Intake 1 year<sup>A</sup> 3 years 10 years</p>	<p>n=1726 &lt; 90% &lt; 85%</p>	<p>Slight advantage for TSF at the 1-year follow-up<sup>1</sup> was also identified 3 years after treatment; and, as noted in the earlier study, this advantage was strongest using the measure of total abstinence.</p> <p>Angrier outpatients fared better if they had been treated in MET than in the other two studied approaches; lower anger clients may respond better to the more action-oriented CBT and TSF methods.</p>
<p><b>Treatment Outcome Prospective Study (TOPS)</b></p> <p>Hubbard et coll. (1989)<sup>693</sup></p>	<p>É.-U.</p> <p>Longitudinal cohort study of admissions to <b>heroin and other illicit drugs</b> treatment from 1979-1981.</p> <p>To determine short and long term treatment outcomes.</p>	<p>MMT*, TC*, ODF*</p>	<p>Intake 3 months 12 months<sup>D</sup> 2 years<sup>D</sup> 3-5 years<sup>D</sup></p>	<p>n=11 750 n=2111 (80%) n=3270 (79%) n=1159 (76%) n=1000 (65%)</p>	<p>Treatment was effective in reducing the use of heroin and other illicit drugs during and after treatment.</p>

Study	Country / Description / Aim	Treatment	Follow-up timepoints	Sample (n) / (Follow-up rates)	Outcomes
<b>Drug Abuse Reporting Program (DARP)</b>  Simpson et Sells (1982, 1990) <sup>694, 695</sup>	É.-U. and Puerto Rico  Longitudinal cohort study of admissions to <b>drug</b> abuse treatment from 1969-1974.  To evaluate the effectiveness of drug treatments.	MMT*, TC*, ODF*, ODT*	Intake 3 years <sup>D</sup> 6 years <sup>D</sup> 12 years <sup>D</sup>	n=44 000 n=6402 (77%) n=6402 (73%) n=697 (70%)	Positive treatment outcomes, in terms of reductions in drug use and criminal activity, were produced in the MMT, TC and ODF treatment modalities, but not in ODT or among those who enrolled but did not return for treatment.  There were no significant differences in outcomes among the three major modalities.
<b>Services Research Outcomes Study (SROS)</b>  Schildhaus et coll. (2000) <sup>696</sup>	É.-U.  Longitudinal study of clients discharged from <b>drug</b> abuse treatment between 1989 and 1990.  To compare self-reports of behavior 5 years before to 5 years after treatment.	MMT*, TC*, ODF*, IDT*	Intake 5 years	n=3047 n=1799 (59%)	Number of alcohol and drug users declined markedly, ranging from one-seventh to more than one half.  Those who continued using drugs after treatment used them less frequently than before treatment.  Criminal behavior fell between one-quarter to one-half.  Primary criminal support fell by one third; full-time employment did not change; homelessness, drug injection, and suicide attempts decreased by more than one-third.  The association in time between an episode of treatment and a variety of changes in behavior is not conclusive



Study	Country / Description / Aim	Treatment	Follow-up timepoints	Sample (n) / (Follow-up rates)	Outcomes
<p><b>National Treatment Outcome Research Study (NTORS)</b></p> <p>Gossop et coll. (1997, 2003)<sup>697, 698</sup></p>	<p>É.-U.</p> <p>Longitudinal study of admissions to treatment in 1995.</p> <p>Large scale prospective cohort study to describe the effectiveness of treating problem <b>drug</b> users between 1995 and 2000.</p>	<p>MMT*, MRT*, TC*, IDT*</p>	<p>Intake 6 months 1 year 2 years 4-5 years</p>	<p>n=1075 n=1075 (75%) n=769 (72%)</p>	<p>Strong positive association between length of time in treatment and improved post-treatment outcome.</p> <p>Substantial reductions across a range of problem behaviours were found 4-5 years after treatment.</p> <p>The less satisfactory outcomes for heavy drinking and use of crack cocaine suggest the need for services to be modified to tackle these problems more effectively.</p>
<p><b>Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS)</b></p> <p>Hubbard et coll. (1997, 2003)<sup>699, 700</sup></p>	<p>É.-U.</p> <p>Non-experimental longitudinal study conducted among adults admitted to 96 <b>drug</b> abuse treatment programs in U.S.A. during 1991-1993.</p> <p>To examine treatment outcomes.</p>	<p>OMT*, LTR*, ODF*, STI*</p>	<p>Intake<sup>c</sup> 1 month 3 months 12 months 5 years</p>	<p>n=10 010  n=4229 (70%) n=1393</p>	<p>Significant reductions in heroin, cocaine, and cannabis use between the pre-treatment and follow-up years, in each of the treatment modalities.</p> <p>Reductions in prevalence of cocaine use in the year after treatment (compared to the preadmission year) by patients were associated with longer treatment durations (particularly 6 months or more in LTR and ODF).</p> <p>Reductions in illegal activity and increases in full-time employment were related to treatment stays of 6 months or longer for patients in LTR.</p>

Study	Country / Description / Aim	Treatment	Follow-up timepoints	Sample (n) / (Follow-up rates)	Outcomes
<p><b>Australian Treatment Outcome Study (ATOS)</b></p> <p>J. Ross et coll. (2004)<sup>701</sup></p> <p>Darke et coll. (2007)<sup>702</sup></p> <p>Marel et coll. (2012)<sup>703</sup></p>	<p>AUSTRALIA</p> <p>Prospective longitudinal follow-up of Australian <b>heroin</b> users who receive treatment (Baseline in 2001-2002).</p> <p>To describe the characteristics of people seeking treatment for problems associated with heroin use in Australia.</p> <p>To examine treatment outcomes and costs at 3 and 12 months after commencement of treatment.</p> <p>To examine after 10 year follow-up mortality, abstinence, criminality, psychopathology and suicidal behaviour.</p>	<p>MBMT*; DTX*; RR*; Control group</p>	<p>Baseline 3 months 12 months 2 years 3 years 10 years (Ongoing research)</p>	<p>n=825 n=627 (80%) n=615 n=429</p>	<p>Substantial reductions in drug use, risk-taking, crime and injection-related health problems across all treatment groups and less marked reductions among the MT group.</p> <p>The important treatment factors associated with positive outcomes at 12 months were the cumulative number of treatment days experienced over the 12 month follow-up period ('treatment dose') and the number of treatment episodes undertaken in that time ('treatment stability')</p> <p>At 12 months the general functioning of all groups had substantially improved since baseline.</p>
<p><b>Combining Medications and Behavioral Interventions (Project COMBINE)</b></p> <p>COMBINE Research Group (2003)<sup>704</sup></p>	<p>É.-U.</p> <p>Multisite clinical trial started in 1997.</p> <p>To determine if improvements in treatment outcome for <b>alcohol dependence</b> can be achieved by combining pharmacotherapy and behavioral interventions.</p>	<p>Medical treatment (Naltrexone &amp; acampro-sate), MM*, CBI*</p>	<p>16 weeks 12 months</p>	<p>n=1383 (94%) 82%</p>	<p>This large, rigorous, and complex study showed that (1) naltrexone and specialist counseling have similar modest efficacy when each is offered with MM, and (2) specialist counseling alone has less efficacy than when combined with MM.</p>

## 155

### LES TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Prévalence, utilisation des services et bonnes pratiques

Study	Country / Description / Aim	Treatment	Follow-up timepoints	Sample (n) / (Follow-up rates)	Outcomes
Goldstein et Herrera (1995) <sup>705</sup>	É.-U.  Evaluation of the long term patterns and consequences of heroin use among admissions to treatment in 1969-1971.	MMT*, MRT*	Intake 22 years	n=1019 24%	Despite the availability of treatment, including MMT, both heroin use and criminality continued at a high rate.  Of the 428 known survivors, 48% were currently enrolled in a methadone program after 22 years. They were using significantly less heroin, alcohol, and other drugs (except nicotine) than those not on methadone.  Our findings offer an insight into heroin addiction as a chronic lifelong relapsing disease with a high fatality rate.
<b>California Drug and Alcohol Treatment Assessment (CALDATA)</b>  Gerstein et coll. (1994) <sup>706</sup>	É.-U.  Longitudinal study of admissions to treatment from 1991-1992.  To addresses the effectiveness, benefits, and costs of <b>alcohol and drug</b> treatment in California.	MMT*, MRT*, TC*, ODF*	15 months	n=3055 (61%)	Projected cumulative lifetime benefits of treatment will be substantially higher than the shorter-term figures. Reductions after treatment in criminal activity, the use of alcohol and other drugs and in the number of hospitalizations.  For each type of treatment studied, there were slight or no differences in effectiveness based on gender, age, or ethnicity.  Overall, treatment did not have a positive effect on the economic situation of the participants during the study period.

## 156

### LES TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Prévalence, utilisation des services et bonnes pratiques

Study	Country / Description / Aim	Treatment	Follow-up timepoints	Sample (n) / (Follow-up rates)	Outcomes
<p><b>National Treatment Improvement Evaluation Study (NTIES)</b></p> <p>Gerstein et coll. (1997)<sup>707</sup></p>	<p>É.-U.</p> <p>Longitudinal study of admissions to treatment from 1992-1997.</p> <p>Study of the impact of <b>drug and alcohol</b> treatment.</p>	<p>MMT*; ODF*; CF*; STR*; LTR*</p>	<p>Intake<sup>B</sup> 12 months</p>	<p>n=6593 n=5388 (83%)</p>	<p>Clients significantly reduced their alcohol and other drug use. Treatment has lasting benefits. Reductions were noted regardless of the amount of time spent in treatment or the amount of treatment received.</p> <p>One year factor treatment clients reported increases in employment and income; improvements in mental and physical health; decreases in criminal activity, homelessness and in behaviors that put them at risk for HIV/AIDS infections</p>
<p><b>California Civil Addict Program (CAP)</b></p> <p>McGlothlin et coll. (1977)<sup>708</sup> Hser et coll. (1993, 2001)<sup>709, 710</sup></p>	<p>É.-U.</p> <p>Longitudinal cohort study.</p> <p>To evaluate the long term patterns and consequences of <b>drug</b> use among admissions to CAP in 1962-1964.</p>	<p>Intensive parole supervision (CAP)</p>	<p>Intake 10 years 24 years 33 years</p>	<p>n=581 n=519 (76%) n=515 (61%) n=471 (42%)</p>	<p>Reductions in daily heroin use and incarceration, and increases in abstinence after CAP admission up to the 10 year follow-up interview.</p> <p>While a minimum of 5 years of abstinence was found to considerably reduce the likelihood of future relapse, 25% of those who reported more than 15 years of abstinence still relapsed.</p> <p>Very high mortality rates and high overall rates of disability, hepatitis, excessive drinking, cigarette smoking, and other drug-related problems.</p> <p>Even among the surviving members, problems associated with long term heroin use and dependence were severe</p>

Study	Country / Description / Aim	Treatment	Follow-up timepoints	Sample (n) / (Follow-up rates)	Outcomes
<b>Research Outcome Study in Ireland (ROSIE)</b>  Comiskey et coll. (2009) <sup>711</sup>	IRELAND  Prospective, longitudinal drug treatment outcome study in Ireland started in 2003. Stopped around 2007  To evaluate the effectiveness of treatment and other intervention strategies for opiate use in Ireland.	MMT*; DTX*; Structured DTX; Abstinence treatment	Intake 6 months 1 year <sup>D</sup> 3 years <sup>D</sup>	n=404 n=332 (82%) n=305 (75%) n=357 (88%)	Most improvements were attained at 1-year and were sustained in many categories.  Drug use, crime and social functioning on the whole displayed positive outcomes at 3-years, while health and risk behaviour showed less improvement in the long term.
<b>United Kingdom Alcohol Treatment Trial (UKATT)</b>  Ukatt Research Team (2005) <sup>372</sup>	U.K.  A multicentre, randomized, controlled trial with blind assessment, conducted in the U.K. for treatment <b>alcohol</b> problems. Participants were recruited between 1999 and 2001.  To compare the effectiveness of social behaviour and network therapy.	MET*; SBNT*	Intake 3 months 6 months 12 months	n=742 n=689 (63%) n=644 (85%) n=617 (83,2%)	The novel SBNT for alcohol problems did not differ significantly in effectiveness from the proved MET.
<b>A 16 year longitudinal study on duration of treatments for alcohol users conduct in U.S.A.</b>  Finney et Moos (1995) <sup>370</sup> Moos and Moos (2006) <sup>712</sup>	É.-U.  Longitudinal study started in 1990.  To determine factors predictive of entering treatment among <b>alcohol</b> abusers.	Recruitement at alcoholism information/referral (I&R) and detoxification centers.	Baseline 1 year 3 years 8 years 16 years	n=628 n=422 (88,3%) n=391 (83,9%) n=408 (87,2%) n=405 (87,9%)	Perceived severity of drinking problem plays a central role in the treatment entry process and mediates the effects of many other intrapersonal and environmental variables in generating an impetus or readiness to seek treatment.  Application of social learning, behavior economic, and social control theories may help to identify predictors of remission and thus to allocate treatment more efficiently

## 158

### LES TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Prévalence, utilisation des services et bonnes pratiques

Study	Country / Description / Aim	Treatment	Follow-up timepoints	Sample (n) / (Follow-up rates)	Outcomes
<b>Drug Treatment Outcome Research Study (DTORS)</b>  Jones et coll. (2009) <sup>713</sup>  Barnard et coll. (2009) <sup>714</sup>  Davies et coll. (2009) <sup>715</sup>	U.K.  Longitudinal study that explores the outcomes of <b>drug</b> treatment in England.  Recruitment between 2006-2007. Designed to update existing knowledge on the effectiveness of drug treatment in England.	Structured community services; Residential drug treatment services	Intake 3-5 months 12 months	n=1796 n=886 n=504	A year after starting treatment drug use, crime and health risk behaviour were all down, but quality of life gains were minor compared to treatment costs, and the study showed how far patients and services were from achieving national reintegration objectives.
<b>Project TrEAT (The Trial for Early Alcohol Treatment)</b>  Fleming et coll. (1997, 2000) <sup>716, 717</sup>	É.-U.  A randomized controlled trial of screening and brief intervention in primary care clinics (1992-1994).  To test the efficacy of a brief intervention protocol to reduce <b>alcohol</b> use, improve health status, and decrease health care utilisation. And to estimate a benefit-cost analysis of brief physician advice regarding problem drinking.		6 months 1 year 2 years 3 years 4 years	n=774 n=723 (93%) n=687 (89%) n=677 (87%) n=643 (83%)	Long-term effects on drinking could be achieved by intervention with young adults and should be more widely implemented.  Direct evidence that physician intervention with problem drinkers decreases alcohol use and health resource utilization in the US health care system.  Quantitative evidence that implementation of a brief intervention for problem drinkers can generate positive net benefit for patients, the health care system, and society.  Direct evidence that brief physician advice is associated with sustained reductions in alcohol use, health care utilization, motor vehicle events, and associated costs.

Study	Country / Description / Aim	Treatment	Follow-up timepoints	Sample (n) / (Follow-up rates)	Outcomes
<p><b>Amsterdam cohort studies (ACS) among drug users</b></p> <p>Termorshuizen et coll. (2005)<sup>718</sup></p>	<p>NETHERLANDS</p> <p>Longitudinal <b>open</b> cohort study (1985-2002).</p> <p>To investigate mortality rates and prevalence of abstinence from <b>illicit drugs</b> among persons with a history of addiction to heroin, cocaine, and/or amphetamines.</p>	<p>Low-threshold methadone outposts</p>	<p>Intake 20 years (follow-up each 4-6 months)</p>	<p>n=1488 n=899</p>	<p>A higher age at initiation, a calendar year of initiation before 1980, and a Western European ethnic origin were associated with higher prevalence of abstinence.</p> <p>These results indicate that the concept of “maturing out” to a drug-free state does not apply to the majority of drug users.</p>
<p><b>The 1969 cohort</b></p> <p>Stimson and Ogborne (1970)<sup>719</sup></p> <p>Oppenheimer et coll. (1994)<sup>720</sup></p>	<p>U.K.</p> <p>Longitudinal survey of heroin injectors attending <b>Drug Clinics</b> in London in 1969.</p>	<p>Drug Clinics in London</p>	<p>Intake 7 years 22 years</p>	<p>n=128 n=111 (86,7%) n=85</p>	<p>The mortality rate was a mean of 1.84% annually, and the excess mortality ratio was 11.9. This excess was highest at the beginning and varied over the period of study, appearing higher at the opening of the clinics and again in the mid-1980s. No sex differences in mortality rates were demonstrated but the excess mortality was concentrated at younger ages.</p> <p>No prediction of the 85 survivors could be made on the basis of length of heroin use prior to study intake, nor on age at intake.</p>

Study	Country / Description / Aim	Treatment	Follow-up timepoints	Sample (n) / (Follow-up rates)	Outcomes
A cohort of 100 New York narcotic addicts Vaillant (1966, 1973) <sup>721, 722</sup>	É.-U. Longitudinal cohort study to follow a group of 100 men <b>narcotic addicts</b> first admitted to the US Public Health Service Hospital in Lexington, Ky in 1952.	Admitted to the US Public Health Service Hospital in Lexington	Intake 12 years 20 years	n=100 n=94 (94%) n=77	Long-term follow-up suggests that the urban addict rarely becomes psychotic but does suffer from severe character disorder. Such disorder most typically is comprised of facets revealing hypomanic defenses, well-defended depression, and a strongly antisocial but not schizoid orientation.  For 20 years, both voluntary hospitalization and imprisonment failed to produce abstinence.  There was no fixed age that addicts became abstinent and chronicity of past addiction did not destroy subsequent chances of abstinence.
De Leon et coll. (1982) <sup>723</sup>	É.-U. Longitudinal cohort study of admissions to <b>drug</b> abuse treatment in 1970-1971 and 1974-1975.  To evaluate the effectiveness of the therapeutic community treatment.	TC	2 years <sup>D</sup> 5 years <sup>D</sup>	n=424 (75%) n=307 (84%).	Results replicated and extended earlier findings, confirming long-term positive change in criminal behavior associated with length of stay in the therapeutic community.  Results providing convincing evidence for the effectiveness of treatment in the therapeutic community.

\* *CBI* = Combined Behavioral Intervention; *CBT* = Cognitive Behavioral Coping Skills Therapy; *CF* = Correctional facilities; *DTX* = Detoxification therapy; *IDT* = Inpatient Detoxification Treatment; *LTR* = Long-term residential; *MBMT* = Methadone/buprenorphine maintenance therapy; *MET* = Motivational Enhancement Therapy; *MM* = Medical Management; *MMT* = Methadone Maintenance Treatment; *MRT* = Methadone Reduction Treatment; *ODF* = Outpatient Drug-Free; *ODT* = Outpatient Detoxification Treatment; *OMT* = Outpatient Methadone Treatment; *RR* = Residential Rehabilitation treatment; *SBNT* = Social Behaviour and Network Therapy; *STI* = Short-term inpatient treatment; *STR* = Short-term residential; *TC* = Therapeutic Community

<sup>A</sup> At baseline, end of the 3-month treatment period, and 1, 3, and 10 years post treatment.

<sup>B</sup> Follows-up at intake, treatment exit and 12 months after exit to treatment

<sup>C</sup> At Intake, 1 month and 3 months during the treatment. And at 12 months, 5 years after exit to treatment.

<sup>D</sup> Post-treatment



TABLEAU 2 : Études québécoises

Auteurs de l'étude	Temps de mesure (T) et taux de suivi  Taille échantionnante (n) Sexe (% H, % F) Âge moyen	Année/  Type d'utilisateur	Objectif	Résultats
Brochu et coll., 1995 <sup>286</sup>  Brochu et coll., 1997 <sup>724</sup>	<b>3 T</b> T0 : Entrée en traitement T1 : Pendant le traitement T3 : 5 mois post-traitement  <b>n=248</b> 69% H, 31% F 33,5 ans	1990 - 1993  Groupe d'utilisateurs présentant ou non des problèmes concomitants à leur TUS et inscrits dans un CRD de Montréal. Ils ont tous suivi le même programme d'intervention.	Évaluer les résultats d'un traitement pour TUS.	La sévérité des problèmes de TUS diminue après le traitement. Diminution plus marquée pour les sujets restés en traitement pendant une période de temps plus longue.  Ainsi les sujets qui restent en traitement pendant des périodes de temps plus longues profiteront plus du processus de réadaptation que ceux qui partent plus tôt.
Brochu et coll., 2002 <sup>725</sup>	<b>4 T</b> T1 : Entrée en traitement T2 : 5 mois (70%) T3 : 8 mois (70%) T4 : 11 mois (70%)  <b>n=149</b> 87% H, 13% F 34,7 ans	1996 - 1998  Usagers judiciairisés adultes suivis dans deux centres de réadaptation publics, un à Montréal et l'autre à Trois-Rivières.	Évaluer l'impact d'un programme de traitement spécialisé auprès des personnes ayant un TUS et judiciairisées; en le comparant à un programme non spécialisé pour TUS.	Amélioration semblable de la condition des usagers dans les deux types de programme après 8 mois. Toutefois, amélioration plus rapide (5 mois) en programme non spécialisé versus programme spécialisé.  Ces résultats ne soutiennent pas l'hypothèse d'apparier les techniques aux approches thérapeutiques en fonction des caractéristiques des usagers ayant un TUS avec le raisonnement simple qu'ils sont ou ne sont pas des contrevenants. L'appariement doit tenir compte de la gravité de la dépendance et de la congruence entre le style de l'usager et l'approche thérapeutique.

Auteurs de l'étude	Temps de mesure (T) et taux de suivi  Taille échantionnannale (n) Sexe (% H, % F) Âge moyen	Année/  Type d'usager	Objectif	Résultats
Nadeau et coll., 2001 <sup>726</sup>	<b>3 T</b> T1 : Entrée en traitement T2 : 7 mois T3 : 13 mois  <b>n=93</b> 56% H, 44% F 39,8 ans	1997 - 1999  Usagers adultes du CRDM présentant des troubles concomitants de TUS et de santé mentale.	Évaluer l'impact du traitement spécialisé en centre de réadaptation pour usagers adultes présentant des troubles concomitants de TUS et de santé mentale.	La condition du sujet s'améliore de façon très significative, tant sur le plan de l'état psychologique que de la consommation d'alcool ou de drogue, entre l'entrée en traitement et les évaluations à 7 ou 13 mois.  Pas de lien évident entre l'exposition au traitement et l'efficacité du traitement.
Brochu et coll., 2006 <sup>727</sup>	<b>4 T</b> T1 : Entrée en traitement T2 : 3ème session du traitement (83%) T3 : 6 mois (81%) T4 : 12 mois (84%)  <b>n=124</b> 93% H, 7%	2000 - 2002  Usagers ayant un TUS et judiciairisés adultes dans 5 CRD du Québec.	Examiner les variables qui peuvent prédire la persévérance en traitement et l'impact sur les usagers ayant un TUS et judiciairisés admis dans un centre de réhabilitation en dépendance.	Les résultats indiquent que la pression judiciaire a uniquement un impact sur la rétention en traitement pour ceux qui ne sont pas encore condamnés; toutefois, cette rétention "forcée" n'est pas liée à des résultats positifs.

**Conclusion générale de ces études :** L'instrument utilisé pour évaluer le changement des sujets est IGT. On observe de façon constante, dans les 4 groupes à l'étude, une amélioration des participants aux échelles «alcool» et «drogues» de l'IGT de même qu'à la plupart des dimensions évaluées par cet instrument entre le temps 1 et le temps 2, de même que le maintien de cette amélioration au temps 3. Par ailleurs, il n'y a pas de différence significative entre les participants qui ont eu peu ou pas de traitement et ceux qui en ont eu beaucoup<sup>1</sup>.

# RÉFÉRENCES

1. Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS). Offre de service 2007-2012 - Programme-services Dépendances : Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience. *Gouvernement du Québec*, 2007 2007; 07-804-10.
2. Desrosiers P, Ménard J-M, Tremblay J, Bertrand K, Landry M. Les services de réadaptation en toxicomanie auprès des adultes dans les centres de réadaptation en dépendance. Guide de pratique et offre de services de base. Québec: Association des centres en réadaptation de Québec (ACRDQ), 2010.
3. Fleury M-J, Grenier G. État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux. *Commissaire à la santé et au bien-être du Québec* 2012; Gouvernement du Québec.
4. Richard D, Senon J-L, Valleur M. Dictionnaire des drogues et des dépendances. *Larousse* 2004; (ISBN 2-03-505431-1).
5. Lecavalier M, Chainey R, Denis I, Maltais K, Mantha L. Vers une compréhension du phénomène de dépendance: formation de base en toxicomanie. Cahier de formation Québec : Centre Dollard-Cormier, Institut universitaire sur les dépendances. , 2003.
6. World Health Organization (WHO). Management of substance abuse. Psychoactive substances. 2013. [http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/psychoactive\\_substances/en/index.html](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/psychoactive_substances/en/index.html)
7. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Les politiques publiques en matière de substances psychoactives : contenu intégral des conférences présentées lors du symposium tenu à Québec le 28 septembre 2011, 2012.
8. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Rapport de situation mondial sur l'alcool et la santé - Global status report on alcohol and health. 2010.
9. World Health Organization (WHO). The Global status report on alcohol and health. 2011; ISBN 978 92 4 156415 1.
10. Santé Canada. Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues (ESCCAD). 2012. [http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-drogues/stat/\\_2012/summary-sommaire-fra.php](http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-drogues/stat/_2012/summary-sommaire-fra.php).
11. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Comité OMS d'experts des problèmes liés à la consommation d'alcool. Deuxième rapport. IV. Série. *Genève, 10-13 octobre 2006* 2006; [http://www.who.int/substance\\_abuse/expert\\_committee\\_alcohol\\_trs944\\_french.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/expert_committee_alcohol_trs944_french.pdf).
12. Office des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUDC). Rapport mondial sur les drogues 2012 *Publication des Nations Unies, numéro de vente : F 12X11* 2012; [http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR\\_2012\\_French\\_web.pdf](http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR_2012_French_web.pdf).
13. Statistique Canada. Profil de la santé mentale, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Santé mentale (ESCC), selon le groupe d'âge et le sexe, Canada et provinces. Tableau 105-1101. Canada, 2012.
14. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Neurosciences: usage de substance psychoactives et dépendance: résumé. 2004; ISBN 92 4 25912 2004; [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/en/Neuroscience\\_F.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_F.pdf).
15. Butt P, Beirness D, Gliksman F, Paradis C, Stockwell T. L'alcool et la santé au Canada : résumé des données probantes et directives de consommation à faible risque. Ottawa (Ontario): Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2011.
16. Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (CCLT). Supporteurs officiels des Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada. 2014. <http://www.ccsa.ca/Fra/topics/alcohol/drinking-guidelines/Pages/Supporters-LRDG.aspx> (accessed 25-10 2014).
17. Simoneau H, Landry M, Tremblay J. Alcochoix +, manuel de l'intervenant et de l'intervenante, mise à jour 2012: Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), 2012.

18. Thomas G. Niveaux et profils de consommation d'alcool au Canada. Série sur les politiques régissant les prix de l'alcool rapport 1 de 3. *CCLAT* 2012; <http://www.ccsa.ca/2012%20CCSA%20Documents/CCSA-Patterns-Alcohol-Use-Policy-Canada-2012-fr.pdf>.
19. Santé Canada. Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues (ESCCAD-2011). *Santé Canada* 2011.
20. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Composante annuelle - 3226. Tableau 105-0501 - Profil d'indicateurs de la santé, estimations annuelles, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires (limites de 2013) et groupes de régions homologues, occasionnel. 2013. <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a34?lang=fra&mode=tableSummary&id=1050501&stByVal=2&p1=-1&p2=11>.
21. Tremblay J, Allaire G, Dufresne J, Lecavalier M, Neveu Y. Les Centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes. Chefs de file des services en toxicomanie et jeu pathologique. Montréal : Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes, 2004.
22. Thomas G. Niveaux et profils de consommation d'alcool au Canada Série sur les politiques régissant les prix de l'alcool, rapport 1 de 3. Ottawa, Ontario: Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT), 2012.
23. American Psychiatric Association (APA). Addiction. <http://www.psychiatry.org/addiction> (accessed 15 septembre 2014).
24. American Psychiatric Association (APA). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux : DSM-IV-TR. Washington (DC) 1998; 4e éd.
25. Collin C. L'abus de substances psychoactives et la politique publique au Canada : III. Notions essentielles. Parlement du Canada Division des affaires politiques et sociales 2006; PRB 06-11F (<http://www.parl.gc.ca/Content/LOP/ResearchPublications/prb0611-f.htm>).
26. American Psychiatric Association (APA). Substance-Related and Addictive Disorders. *American Psychiatric Association Publishing* 2013; <http://www.dsm5.org/Documents/Substance%20Use%20Disorder%20Fact%20Sheet.pdf>.
27. American Psychiatric Association (APA). Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5. 443 pages 2013; ISBN 978-0-89042-556-5.
28. World Health Organization (WHO). CIM-10 Version:2008. Chapitre V : Troubles mentaux et du comportement (F00-F99) *Repéré le 06 janvier 2013 à la page :* <http://appswho.int/classifications/icd10/browse/2008/fr#/F10-F19> 2008.
29. American Society of Addiction Medicine (ASAM). Public Policy Statement: Definition of Addiction. [http://www.asam.org/docs/public-policy-statements/1definition\\_of\\_addiction\\_long\\_4-11.pdf?sfvrsn=2](http://www.asam.org/docs/public-policy-statements/1definition_of_addiction_long_4-11.pdf?sfvrsn=2) 2011.
30. Downs BW, Oscar-Berman M, Waite RL, et al. Have We Hatched the Addiction Egg: Reward Deficiency Syndrome Solution System. *J Genet Syndr Gene Ther* 2013; 3(4): 136.
31. McLellan A, Lewis D, O'Brien C, Kleber H. Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA* 2000; 284: 1689 - 95.
32. Canadian Society for Addiction Medicine. Definition of Addiction. 2011. <http://www.csam-smca.org/about/policy-statements/>
33. Morel A. L'addiction est bien plus qu'une maladie du cerveau ! Réaction à la définition de l'ASAM. *Le Flyer* 2012; 46.
34. Cunningham JA, McCambridge J. Is alcohol dependence best viewed as a chronic relapsing disorder? *Addiction* 2012; 107(1): 6-12.
35. Landry M, Brochu S. Le concept d'addiction : L'ASAM et la tradition biopsychosociale du Québec. *RISQ-INFO* 2012; 20(1).
36. Sobell LC, Cunningham JA, Sobell MB. Recovery from alcohol problems with and without treatment: prevalence in two population surveys. *American Journal of Public Health* 1996; 86(7): 966-72.
37. White WL. Recovery/Remission from Substance Use Disorders: An Analysis of Reported Outcomes in 415 Scientific Reports, 1868-2011. *Philadelphia Department of Behavioral Health and Intellectual Disability, Services and the Great Lakes Addiction Technology Transfer Center* 2012.

38. Carballo JL, Fernandez-Hermida JR, Secades-Villa R, Garcia-Rodriguez O. Determinantes de la recuperación de los problemas de alcohol en sujetos tratados y no tratados en una muestra española. *Adicciones* 2008; 20(1): 49-58.
39. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Rapport sur la santé dans le monde, 2001 – La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs. 2001. <http://www.who.int/whr/2001/chapter2/fr/index4html>
40. Hasin DS, Stinson FS, Ogburn E, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of general psychiatry* 2007; 64(7): 830-42.
41. Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, et al. Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61(8): 807-16.
42. Tjepkema M. Dépendance à l'alcool et aux drogues illicites. *Statistique Canada, Supplément aux Rapports sur la santé* 2004; 15(no de cat. 82-003): 15.
43. Pearson C, Janz T, Ali J. Troubles mentaux et troubles liés à l'utilisation de substances au Canada. Coup d'œil sur la santé. *Statistique Canada, no 82-624-X au catalogue* 2013.
44. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale, 2012. Tableau 1. Taux de certains troubles mentaux et troubles liés à l'utilisation de substance, au cours de la vie et des 12 derniers mois, Canada, population à domicile âgée de 15 ans et plus, 2012. 2012. <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2013001/article/tbl/tbl1-fra.htm>
45. Faulkner R, Latulippe R, Paquette E, Paré R. Portrait de l'environnement au Québec en matière de consommation et abus d'alcool et de drogues *Centre québécois de lutte aux dépendances* 2011; [http://www.cqld.ca/files/FR\\_ScanEnvironnemental\\_Que%CC%81bec2011.pdf](http://www.cqld.ca/files/FR_ScanEnvironnemental_Que%CC%81bec2011.pdf).
46. Tjepkema M. Alcohol and illicit drug dependence. Statistics Canada, Catalogue 82-003 *Supplement to Health Reports Volume 15* <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-s/2004000/pdf/7447-eng.pdf> 2004.
47. Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet* 2009; 373(9682): 2223-33.
48. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2002 (ESCC-2002 - Santé mentale et bien-être). [En ligne], [<http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection/Statcan/82-617-X/82-617-XIFhtml>]
49. Pearson C, Janz T, Ali J. Mental and substance use disorders in Canada. *Health at Glance* 2013; 82-624-X: 1-8.
50. Office des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUDC). World Drug Report 2013 *United Nations publication, Sales No E13X16* 2013; [http://www.unodc.org/unodc/secured/wdr/wdr2013/World\\_Drug\\_Report\\_2013.pdf](http://www.unodc.org/unodc/secured/wdr/wdr2013/World_Drug_Report_2013.pdf)
51. Statistique Canada. Sommaire des résultats de l'Enquête sur le tabagisme chez les jeunes 2010-2011. 2012; [http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/research-recherche/stat/\\_survey-sondage\\_2010-2011/result-fra.php](http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/research-recherche/stat/_survey-sondage_2010-2011/result-fra.php).
52. Connor JP, Gullo MJ, White A, Kelly AB. Polysubstance use: diagnostic challenges, patterns of use and health. *Current opinion in psychiatry* 2014; 27(4): 269-75.
53. Beck F, Legleye S, Spilka S. Polyconsommation : une pratique peu répandue en population générale. *Baromètre santé 2005*. 2005. [http://www.inpesantefr/Barometres/BS2005/pdf/BS2005\\_polyconsommationpdf](http://www.inpesantefr/Barometres/BS2005/pdf/BS2005_polyconsommationpdf)
54. Ben Amar M. La polyconsommation de psychotropes et les principales interactions pharmacologiques associées. Québec, 2004.
55. Gendarmerie Royale du Canada. Mieux connaître pour mieux réagir : la polyconsommation. 2014. <http://www.rcmp-grc.gc.ca/qc/pub/sens-awar/poly-mix/poly-mix-fra.htm> (accessed 29-10 2014).
56. Gagnon H, Rochefort L. L'usage de substances psychoactives chez les jeunes Québécois. Conséquences et facteurs associés. *INSPQ* 2010; [http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1102\\_UsageSubsPsychoativesJeunes.pdf](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1102_UsageSubsPsychoativesJeunes.pdf).

57. Gmel G, Kuendig H, Notari L, Gmel C. Monitoring suisse des addictions Consommation d'alcool, de tabac et de drogues illégales en Suisse en 2013. Lausanne, Suisse: Addiction Suisse, 2014.
58. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA* 1990; 264(19): 2511-8.
59. Staines GL, Magura S, Foote J, Deluca A, Kosanke N. Polysubstance use among alcoholics. *J Addict Dis* 2001; 20(4): 53-69.
60. Frederick S, Stinson BFG, Deborah A, Dawson, W, June Ruan, Boji Huang, and Tulshi Saha. Comorbidity Between DSM-IV Alcohol and Specific Drug Use Disorders in the United States: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug and alcohol dependence* 2005; 80(1): 105-16.
61. Haute autorité de santé. Abus, dépendances et polyconsommation : stratégies de soins. Audition publique Dossier du participant: Haute autorité de santé; 2007. p. 290.
62. Miller CL, Kerr T, Strathdee SA, Li K, Wood E. Factors associated with premature mortality among young injection drug users in Vancouver. *Harm reduction journal* 2007; 4: 1.
63. Fischer B, Medved W, Gliksman L, Rehm J. Illicit opiates in Toronto: A profile of current users. *Addiction Research* 1999; 7(5): 377-415.
64. Fischer B, Rehm J, Brissette S, et al. Illicit opioid use in Canada: comparing social, health, and drug use characteristics of untreated users in five cities (OPICAN study). *J Urban Health* 2005; 82(2): 250-66.
65. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Unis dans l'action. Plan d'intervention sur la métamphétamine (crystal meth) et les autres drogues de synthèse. Québec: Gouvernement du Québec; 2006. p. 28.
66. Gross SR, Barrett SP, Shestowsky JS, Pihl RO. Ecstasy and drug consumption patterns: a Canadian rave population study. *Can J Psychiatry* 2002; 47(6): 546-51.
67. Frei M. Party drugs. Use and harm reduction. *Australian Family Physician* 2010; 39(8): 548-52.
68. Petiau A, Pourtau L, Galand C. De la découverte des substances psychoactives en milieu festif techno à l'usage maîtrisé. *Drogues, santé et société* 2009; 8(4): 165-99.
69. Barrett S, Gross S, Garand I, Pihl R. Patterns of simultaneous polysubstance use in Canadian rave attendees. *Subst Use Misuse* 2005; 40(9-10): 1525-37.
70. Mollet E. Réflexion sur le milieu festif et clandestin des « raves-parties », au travers de deux populations caractéristiques en France et à Détroit, aux États-Unis. *Psychotropes* 2003; 9: 135-51.
71. Lenton S, Boys A, Norcross K. Raves, drugs and experience: drug use by a sample of people who attend raves in Western Australia. *Addiction* 1997; 92(10): 1327-37.
72. Fleury M-J, Grenier G. État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux. *Commissaire de la santé et du bien-être Gouvernement du Québec* 2012; ISBN: 978-2-550-66327-0. [http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE\\_EtatSituation\\_SanteMentale\\_2012.pdf](http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_EtatSituation_SanteMentale_2012.pdf)
73. McKay JR. Treating substance use disorders with adaptive continuing care. *Washington, DC: American Psychological Association* 2009: 277.
74. Hawkins JD, Catalano RF, Miller JY. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychol Bull* 1992; 112(1): 64-105.
75. Goodwin DW, Schulsinger F, Moller N, Hermansen L, Winokur G, Guze SB. Drinking problems in adopted and nonadopted sons of alcoholics. *Arch Gen Psychiatry* 1974; 31(2): 164-9.
76. Kendler KS, Neale MC, Heath AC, Kessler RC, Eaves LJ. A twin-family study of alcoholism in women. *Am J Psychiatry* 1994; 151(5): 707-15.
77. Bohman M, Sigvardsson S, Cloninger CR. Maternal inheritance of alcohol abuse. Cross-fostering analysis of adopted women. *Arch Gen Psychiatry* 1981; 38(9): 965-9.
78. Bohman M, Cloninger CR, von Knorring AL, Sigvardsson S. An adoption study of somatoform disorders. III. Cross-fostering analysis and genetic relationship to alcoholism and criminality. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41(9): 872-8.

79. Duchêne E, Timary P. « Peut-on parler d'une transmission génétique de l'alcoolisme ? ». In Blandine Faoro-Kreit, *Les enfants et l'alcoolisme parental ERES « La vie de l'enfant »* 2011: 21-44.
80. (ICAP) ICfA. Facteurs déterminants de l'alcoolisme. *ICAP Policy Tools Series Issues Briefings*. 2009. <http://www.icaporg/LinkClick.aspx?fileticket=kjWN7Nxs8BM%3D&tabid=243>
81. Schuckit MA. An overview of genetic influences in alcoholism. *J Subst Abuse Treat* 2009; 36(1): S5-14.
82. Wit MLD, Embree BG, Wit DJD. Determinants of the Risk and Timing of Alcohol and Illicit Drug Use Onset Among Natives and Non-natives: Similarities and Differences *PSC Discussion Papers Series* 1997; 11(2): <http://ir.lib.uwo.ca/cgi/viewcontent.cgi?article=1125&context=pscpapers>.
83. Cadoret RJ, Yates WR, Troughton E, Woodworth G, Stewart MA. Adoption study demonstrating two genetic pathways to drug abuse. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52(1): 42-52.
84. Mueser K, Rosenberg S, Drake R, et al. Conduct disorder, antisocial personality disorder and substance use disorders in schizophrenia and major affective disorders. *J Stud Alcohol* 1999; 60(2): 278-84.
85. Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). Alcool : Dommages sociaux, abus et dépendance. *Rapport Paris : Les éditions Inserm, 2003, XXII- 536 p - (Expertise collective) - 2003*. <http://hdl.handle.net/10608/154>
86. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Usage nocif de substances psychoactives. Identification des usages à risque, Outils de repérage, Conduites à tenir. *La Documentation française - Paris, 2002* 2002; <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/024000138/0000.pdf>
87. Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS). Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie. Orientations, Axe d'intervention, Actions. 2001.
88. Caron J, Liu A. A descriptive study of the prevalence of psychological distress and mental disorders in the Canadian population: comparison between low-income and non-low-income populations. *Chronic Dis Can* 2010; 30(3): 84-94.
89. Anthony J, Warner L, Kessler R. Comparative epidemiology of dependence on tobacco, alcohol, controlled substances, and inhalants : basic findings from the national comorbidity survey. *Exp and clin in psychopharmacology* 1994; 2: 244-68.
90. Lacouture Y. La toxicomanie chez les personnes homosexuelles : une recension des écrits. *CPLT* 1998; ISBN : 2-550-32909-0. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/biblio/CPLT/publications/0398homo.pdf>
91. Cochran SD, Mays VM. Burden of psychiatric morbidity among lesbian, gay, and bisexual individuals in the California Quality of Life Survey. *J Abnorm Psychol* 2009; 118(3): 647-58.
92. King M, Semlyen J, Tai S, et al. A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry* 2008; 8(70).
93. Palepu A, Gadermann A, Hubley AM, et al. Substance use and access to health care and addiction treatment among homeless and vulnerably housed persons in three Canadian cities. *PLoS One* 2013; 8(10).
94. Paquette MC, Perreault M. L'itinérance au Québec: cadre de référence. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS); 2008. p. 52.
95. Currie CL, T.C. W, D.P. S, Laing L, Veugelers P. Illicit and prescription drug problems among urban Aboriginal adults in Canada: the role of traditional culture in protection and resilience. *Soc Sci Med* 2013; 88: 1-9.
96. Germain M, Vaugeois P, Boucher N, Schneeberger P, Guérin D. La consommation de psychotropes : Portrait et tendance au Québec. Québec: Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 2003.
97. Rehm J, Taylor B, Room R. Global burden of disease from alcohol, illicit drugs and tobacco. *Drug Alcohol Rev* 2006; 25(6): 503-13.
98. Éduc'alcool. Alcool et santé. Les effets de la consommation modérée et régulière d'alcool. Québec: Éduc'alcool, 2005.
99. Gauthier-Gagné S. Entourage d'un toxicomane. Profil clinique : besoins, interventions et impacts: Université de Montréal; 2012.

100. Laflamme-Cusson S, Guyon L, Landry M. Analyse comparée de la clientèle de trois centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes à partir de l'IGT. *Montréal, Cahiers de recherche du RISQ* 1994.
101. Anderson P, Gual A, Colom J. INCa (trad.). Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves. *Paris 2008* 2008; <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1146.pdf>: 141p.
102. Agence de la santé publique du Canada. Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada 2006. Glossaire. 2011. <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-humain06/16-fra.php> (accessed Septembre 2014).
103. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Liste des Etats Membres par Région OMS et par strate de mortalité, 2003.
104. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Rapport sur la santé dans le monde 2002. Réduire les risques et promouvoir une vie saine. [http://www.who.int/whr/2002/en/whr02\\_frpdf](http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_frpdf) 2002.
105. Anderson P, Gua IA, Colom J. Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves. *INCa* (trad) 2008; Paris: 141.
106. Office des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUDD). Rapport mondial sur les drogues. Volume 1 : Analyse. *Publication des Nations Unies* 2004; Numéro de vente No. F.04.XI.16 (ISBN 92-1-248121-3).
107. Office des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUDD). Résumé analytique. Évolution mondiale de la consommation, de la production et du trafic illicites de drogues *V11-83476* (F) 2011; [http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2011/ExSum-translations/WDR\\_2011\\_-\\_FR.pdf](http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2011/ExSum-translations/WDR_2011_-_FR.pdf).
108. Degenhardt L, Hall W. Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease. *Lancet* 2012; 379(9810): 55-70.
109. Office des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUDD). Rapport mondial sur les drogues. Volume 1: Analyse. *Publication des Nations Unies* 2005; Numéro de vente F.05.XI.10. ISBN 92-1-248138-8.
110. Statistique Canada. Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues. Sommaire des résultats pour 2009. *Repéré à la page* : [http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-drogues/stat/\\_2009/summary-sommaire-fr.php](http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-drogues/stat/_2009/summary-sommaire-fr.php) 2010.
111. Statistique Canada. Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues. Sommaire des résultats pour 2010. *Repéré à la page* : [http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-drogues/stat/\\_2010/summary-sommaire-fr.php#ref](http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-drogues/stat/_2010/summary-sommaire-fr.php#ref) 2011.
112. Rehm J, Baliunas D, Brochu S, et al. Les coûts de l'abus de substances au Canada 2002. *CCLAT-CCSA* 2006.
113. Beirness DJ, Davis CG. L'alcool au volant au Canada. Analyse tirée de l'Enquête sur les toxicomanies au Canada de 2004 *CCLAT-CCSA* 2008.
114. Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ). Alcool au volant. *Page consultée le 17 décembre 2013* [http://www.saaq.gouv.qc.ca/securite\\_routiere/comportements/alcool/](http://www.saaq.gouv.qc.ca/securite_routiere/comportements/alcool/) 2013.
115. Desjardins S. Les coûts de l'abus de substances au Québec. *Gouvernement du Québec Comité permanent de lutte à la toxicomanie* 1996.
116. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Politiques publiques et santé. La consommation d'alcool et la santé publique au Québec : synthèse. *Gouvernement du Québec* (2010) 2010; [http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1088\\_AlcoolEtSantePublique\\_Synthese.pdf](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1088_AlcoolEtSantePublique_Synthese.pdf).
117. Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS). Offre de service 2007-2012 - Programme-services Dépendances : Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience. *Unis dans l'action Gouvernement du Québec*, 2007 2007; No. ISBN : 978-2-550-51445-9 (Publication no : 07-804-10).
118. Rehm J, Baliunas D, Brochu S, et al. Les coûts de l'abus de substances au Canada 2002 - Points saillants. *CCLAT-CCSA* 2006.
119. Harwood H, Fountain D, G L. Economic Costs of Alcohol and Drug Abuse in the United States, 1992. United States of America: National Institute on Drug Abuse; 1998.



120. Executive Office of the President. The Economic Costs of Drug Abuse in the United States 1992–2002. In: Policy OoNDC, editor. Washington, D.C.: Executive Office of the President; 2004.
121. NIDA. Drug abuse costs the United States economy hundreds of billions of dollars in increased health care costs, crime, and lost productivity. 2013. <http://www.drugabuse.gov/publications/addiction-science-molecules-to-managed-care/introduction/drug-abuse-costs-united-states-economy-hundreds-billions-dollars-in-increased-health>
122. Kopp P, Fegnoli P. Comment calculer le coût social des drogues illicites. Démarches et outils pour l'estimation du coût social lié à la consommation de substances psychotropes. *Éditions de conseil de l'europe* 2001.
123. Collins D, Lapsley H. The costs of tobacco, alcohol and illicit drug abuse to Australian society in 2004/05. *Commonwealth of Australia* 2008 2008; ISBN: 1-74186-436-4. Online ISBN: 1-74186-437-2. .
124. Centre for Addiction and Mental Health (CAMH). Renseignements sur les troubles concomitants. [http://www.camhca/fr/hospital/health\\_information/a\\_z\\_mental\\_health\\_and\\_addiction\\_information/concurrent\\_disorders/Pages/concurrent\\_disorders.aspx](http://www.camhca/fr/hospital/health_information/a_z_mental_health_and_addiction_information/concurrent_disorders/Pages/concurrent_disorders.aspx).
125. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT). Toxicomanie au Canada: Troubles concomitants. CCLAT 2009; Ottawa (Ontario).
126. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Unis dans l'action. Plan d'action interministériel en toxicomanie : 2006 -2011. In: sociaux DcdcmdlSedS, editor. Québec: Gouvernement du Québec; 2006.
127. Pellerin M. Les troubles concomitants. Info-Toxico. 2011 Mai 2011.
128. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMSHA). The Epidemiology of Co-Occurring Substance Use and Mental Disorders. *COCE Overview Paper 8 DHHS Publication No (SMA) 07-4308 Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, and Center for Mental Health Services, 2007 2007*; <http://www.samhsa.gov/co-occurring/topics/data/OP8Epidemiology10-03-07.pdf>.
129. Kessler RC, Nelson CB, McGonagle KA, Liu J, Swartz M, Blazer DG. Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: results from the US National Comorbidity Survey. *Br J Psychiatry Suppl* 1996; (30): 17-30.
130. Blanco C, Xu Y, Brady K, Pérez-Fuentes G, Okuda M, Wang S. Comorbidity of posttraumatic stress disorder with alcohol dependence among US adults: results from National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug Alcohol Depend* 2013; 132(3): 630-8.
131. Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS). État de stress post-traumatique. [http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob\\_sante/sante\\_mentale/index.php?id=63,77,0,0,1,0](http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/sante_mentale/index.php?id=63,77,0,0,1,0) (accessed 18 août 2014).
132. Brillon P. Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique. Guide à l'intention des thérapeutes. Montréal : Québec: Les Éditions Quebecor; 2005.
133. Mills K, Teesson, M., Ross, J., Peters, L. Trauma, PTSD, and substance use disorders: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *The American journal of psychiatry* 2006; 163(4): 652-8.
134. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, CB N. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey *Archives in General Psychiatry* 1995; 52: 1048-60.
135. Reynolds M, Mezey G, Chapman M, Wheeler M, Drummond C, A B. Co-morbid post-traumatic stress disorder in a substance misusing clinical population. *Drug and alcohol dependence* 2005; 77: 251-8.
136. Najavits LM, Weiss RD, Shaw SR. The link between substance abuse and posttraumatic stress disorder in women. A research review. *Am J Addict* 1997; 6(273-283).
137. Driessen M, Schulte S, Luedecke C, et al. Trauma and PTSD in patients with alcohol, drug, or dual dependence: a multi-center study. *Alcoholism, clinical and experimental research* 2008; 32: 481-8.
138. Garz M, Russell LA, Grady J, Kram-Fernandez D, Clark C, Marshall B. Women's recollections of victimization, psychological problems, and substance use. *Journal of Community Psychology* 2005; 33(4): 479-93.
139. Brown PJ, Recupero PR, Stout R. PTSD substance abuse comorbidity and treatment utilization. *Addictive behaviors* 1995; 20(20): 251-4.

140. Ouimette P, Finney JW, RH M. Two-year posttreatment functioning and coping of substance abuse patients with posttraumatic stress disorder. *Psychol Addict Behav* 1999; 105-14.
141. Ouimette P, Brown P, LM N. Course and treatment of patients with both substance use and posttraumatic stress disorders. *Science* 1998; 23(785-795).
142. Simoneau H, Guay S. Conséquences de la concomitance des troubles liés à l'utilisation de substances et à l'état de stress post-traumatique sur le traitement. *Drogues, santé et société* 2008; 7(2): 125-60.
143. Carrà G, Johnson S, Bebbington P, Angermeyer MC, Heider D, Brugha T. The lifetime and past-year prevalence dual diagnosis in people with schizophrenia across Europe: Findings from the *European Schizophrenia Cohort (EuroSC)*. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 2012; 262(7): 607-16.
144. Rush B, Urbanoski K, Bassani D, et al. Prevalence of co-occurring substance use and other mental disorders in the Canadian population. *Can J Psychiatry* 2008; 53(12): 800-9.
145. Offord DR, Boyle MH, Campbell D, et al. One-year prevalence of psychiatric disorder in Ontarians 15 to 64 years of age. *Can J Psychiatry* 1996; 41(9): 559-63.
146. Kairouz S, Boyer R, Nadeau L, Perreault M, Fiset-Laniel J. Troubles mentaux toxicomanies et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2). Santé mentale et bien-être. Portrait de l'état de santé mentale et de l'utilisation des services de santé au Québec. *Québec : Institut de la statistique du Québec*. 2008. <http://collectionsbanqcca/ark:/52327/bs1566653>
147. Penick EC, Nickel EJ, Powell BJ, Bingham SF, Liskow BI. A comparison of familial and nonfamilial male alcoholic patients without a coexisting psychiatric disorder. *J Stud Alcohol* 1990; 51(5): 443-7.
148. Ford JD, Gelernter J, DeVoe JS, et al. Association of psychiatric and substance use disorder comorbidity with cocaine dependence severity and treatment utilization in cocaine-dependent individuals. *Drug Alcohol Depend* 2009; 99(1-3): 193-203.
149. Lopez A, Becona E. Depression and cocaine dependence. *Psychol Rep* 2007; 100(2): 520-4.
150. Brady KT. Comorbidity of Substance Use and Axis I Psychiatric Disorders *Medscape Psychiatry & Mental Health eJournal* 1998; 3(4).
151. Ouimette P, Read J, Brown PJ. Consistency of Retrospective Reports of DSM-IV Criterion A Traumatic Stressors Among Substance Use Disorder Patients. *J Trauma Stress* 2005; 18(1): 43-51.
152. Falck RS, Wang J, Siegal HA, Carlson RG. The prevalence of psychiatric disorder among a community sample of crack cocaine users: an exploratory study with practical implications. *J Nerv Ment Dis* 2004; 192(7): 503-7.
153. Peles E, Schreiber S, Naumovsky Y, Adelson M. Depression in methadone maintenance treatment patients: rate and risk factors. *J Affect Disord* 2007; 99(1-3): 213-20.
154. Teesson M, Havard A, Fairbairn S, Ross J, Lynskey M, Darke S. Depression among entrants to treatment for heroin dependence in the Australian Treatment Outcome Study (ATOS): prevalence, correlates and treatment seeking. *Drug Alcohol Depend* 2005; 78(3): 309-15.
155. Pelissolo A, Maniere F, Boutges B, Allouche M, Richard-Berthe C, Corruble E. [Anxiety and depressive disorders in 4,425 long term benzodiazepine users in general practice]. *Encephale* 2007; 33(1): 32-8.
156. Mercier C, Beaucage B. Avis sur la double problématique toxicomanie et problèmes de santé mentale. *Gouvernement du Québec, MSSS, CPLT* 1997.
157. Ngui A, Fleury, M.-J., Kairouz, S., Nadeau, L. Prévalence et utilisation des services dans le domaine de la consommation des substances psychoactives et du jeu de hasard et d'argent. *Le Point en administration de la santé et des services sociaux* sous-presse, février 2015; Édition spéciale : La Face cachée des dépendances.
158. Kessler RC, Crum RM, Warner LA, Nelson CB, Schulenberg J, Anthony JC. Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry* 1997; 54(4): 313-21.
159. Frye MA, Altshuler LL, McElroy SL, et al. Gender differences in prevalence, risk, and clinical correlates of alcoholism comorbidity in bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2003; 160(5): 883-9.

160. Nadeau L. Lorsque le tout est plus grand que la somme de ses parties : la cooccurrence de la toxicomanie et des autres troubles mentaux. *Santé mentale au Québec* 2001; Editorial - Volume XXVI, numéro 2.
161. Miquel L, Roncero C, Garcia-Garcia G, et al. Gender differences in dually diagnosed outpatients. *Substance abuse : official publication of the Association for Medical Education and Research in Substance Abuse* 2013; 34(1): 78-80.
162. Hesselbrock VM, Hesselbrock MN, Stabenau JR. Alcoholism in men patients subtyped by family history and antisocial personality. *J Stud Alcohol* 1985; 46(1): 59-64.
163. Morgenstern J, Langenbucher J, Labouvie E, Miller KJ. The comorbidity of alcoholism and personality disorders in a clinical population: prevalence rates and relation to alcohol typology variables. *J Abnorm Psychol* 1997; 106(1): 74-84.
164. Westreich L, Guedj P, Galanter M, Baird D. Differences between men and women in dual-diagnosis treatment. *Am J Addict* 1997; 6(4): 311-7.
165. Cuffel BJ. Comorbid substance use disorder: prevalence, patterns of use, and course. *New Dir Ment Health Serv* 1996; (70): 93-105.
166. Bergman B, Greene M, Slaymaker V, Hoepfner B, Kelly J. Young adults with co-occurring disorders: substance use disorder treatment response and outcomes. *Subst Abuse Treat* 2014; 46(4): 420-8.
167. Chan YF, Dennis ML, Funk RR. Prevalence and comorbidity of major internalizing and externalizing problems among adolescents and adults presenting to substance abuse treatment. *J Subst Abuse Treat* 2008 Jan;34(1):14-24 Epub 2007 Jun 15 2008; 34(1): 14-24.
168. Rush B, Shaw Moxam R, Nadeau L, et al. Meilleures pratiques. Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie. Canada: Santé Canada, 2002.
169. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT). Toxicomanie au Canada : troubles concomitants, 2009.
170. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT). Toxicomanie au Canada : Troubles concomitants, 2010.
171. Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (CCLT). Collaboration pour les soins en toxicomanie et en santé mentale : meilleurs conseils: Ottawa : Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2014.
172. Rehm J, Room R, Graham K, Monteiro M, Gmel G, Sempos CT. The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview. *Addiction Research & Theory* 2003; 98: 1209-28.
173. Alaja R, Seppä K, Sillanaukee P, et al. Physical and mental comorbidity of substance use disorders in psychiatric consultations. European Consultation-Liaison Workgroup. *Alcohol Clin Exp Res* 1998; 22(8): 1820-4.
174. Agence de la santé publique du Canada. Résumé : estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada, 2011 *disponible sur Internet à l'adresse suivante* : <http://webqaphac-aspcgcca/aids-sida/publication/survreport/estimat2011-fraphp> 2012.
175. Noël L, Laforest J, Allard P-R. Usage de drogues par injection et interventions visant à réduire la transmission du VIH et du VHC - Revue systématique de la littérature et validation empirique *INSPQ Gouvernement du Québec (2007)* 2007; <http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/622-udi.pdf>.
176. Kelly JFW, W.L. Addiction Treatment and Recovery Careers. In: Press H, ed. *Addiction Recovery Management*. New York: Humana Press; 2011.
177. Cunningham JA. Remissions from drug dependence: is treatment a prerequisite? *Drug Alcohol Depend* 2000; 59(3): 211-3.
178. Klingemann HK. The motivation for change from problem alcohol and heroin use. *Br J Addict* 1991; 86(6): 727-44.
179. White WL. Recovery/Remission from Substance Use Disorders: An Analysis of Reported Outcomes in 415 Scientific Reports, 1868 - 2011. *Philadelphia Department of Behavioral Health and Intellectual disAbility Services and the Great Lakes Addiction Technology Transfer Center* 2012.

180. Sobell LC, Ellingstad TP, Sobell MB. Natural recovery from alcohol and drug problems: methodological review of the research with suggestions for future directions. *Addiction* 2000; 95(5): 749-64.
181. Walters GD. Spontaneous Remission from Alcohol, Tobacco, and Other Drug Abuse: Seeking Quantitative Answers to Qualitative Questions. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2000; 26(3): 443-60.
182. Dennis ML, Scott CK, Funk R, Foss MA. The duration and correlates of addiction and treatment careers. *Journal of substance abuse treatment* 2005; 28 Suppl 1: S51-62.
183. McKay JR, Donovan DM, McLellan T, et al. Evaluation of full vs. partial continuum of care in the treatment of publicly funded substance abusers in Washington State. *The American journal of drug and alcohol abuse* 2002; 28(2): 307-38.
184. Desrosiers P, Ménard J-m. Les services de réadaptation en toxicomanie auprès des adultes dans les centres de réadaptation en dépendance. Guide de pratique et offre de services de base. *ACRDQ* 2010.
185. Dennis M, Scott CK. Managing addiction as a chronic condition. *Addiction science & clinical practice* 2007; 4(1): 45-55.
186. Dennis ML, Scott CK, Funk R, Foss MA. The duration and correlates of addiction and treatment careers. *Journal of substance abuse treatment* 2005; 28 Suppl 1: S51-62.
187. Grella CE, Hser YI, Hsieh SC. Predictors of drug treatment re-entry following relapse to cocaine use in DATOS. *Journal of substance abuse treatment* 2003; 25(3): 145-54.
188. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMSHA). Treatment Episode Data Set (TEDS) : 2004. Discharges from Substance Abuse Treatment Services. *Rockville, MD, USA: SAMHSA* 2006.
189. Grella CE, Hser YI, Hsieh SC. Predictors of drug treatment re-entry following relapse to cocaine use in DATOS. *J Subst Abuse Treat* 2003; 25(3): 145-54.
190. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Treatment Episode Data Set (TEDS) : 2002-2012. National Admissions to Substance Abuse Treatment Services. *Rockville, MD, 2014*.
191. Kelly JF, White WL. Addiction recovery management. Theory, research and practice. 233 Spring Street, New York, NY 10013, USA: Humana Press; 2011.
192. McLellan AT, Lewis DC, O'Brien CP, Kleber HD. Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA : the journal of the American Medical Association* 2000; 284(13): 1689-95.
193. Mertens JR, Weisner CM, Ray GT. Readmission among chemical dependency patients in private, outpatient treatment: patterns, correlates and role in long-term outcome. *Journal of studies on alcohol* 2005; 66(6): 842-7.
194. White WL. Recovery Management and Recovery-oriented Systems of Care: Scientific Rationale and Promising Practices. Pittsburgh, PA: Northeast Addiction Technology Transfer Center; Great Lakes Addiction Technology Transfer Center; Philadelphia Department of Behavioral Health/Mental Retardation Services, 2008.
195. Chauvet M, Kamgang E, Fleury M-J. Revue systématique de la littérature : Modèles d'offre de services pour les personnes ayant un trouble lié à l'utilisation de substances psychoactives et ayant un historique de multiples réadmissions en traitement ou rechutes. Québec: Centre de réadaptation en dépendance de Montréal - Institut Universitaire (CRDM-IU), 2014.
196. Monroe SMH, Kate L. Recurrence in major depression: A conceptual analysis. *Psychological Review* 2011; 118(4): 655-74.
197. McLellan AT, McKay JR, Forman R, Cacciola J, Kemp J. Reconsidering the evaluation of addiction treatment: From retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring. *Addiction* (Abingdon, England) 2005; 100(4): 447-58.
198. Scott CK, Dennis ML. Results from two randomized clinical trials evaluating the impact of quarterly recovery management checkups with adult chronic substance users. *Addiction* (Abingdon, England) 2009; 104(6): 959-71.
199. Dennis ML, Scott CK. Four-year outcomes from the Early Re-Intervention (ERI) experiment using Recovery Management Checkups (RMCs). *Drug and alcohol dependence* 2012; 121(1-2): 10-7.

200. Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ). Plan stratégique 2013-2016. ACRDQ. Baliser l'action. Offrir des services spécialisés en dépendance. Québec: ACRDQ, 2013.
201. Coulehan JL, Zettler-Segal M, Block M, McClelland M, Schulberg HC. Recognition of alcoholism and substance abuse in primary care patients. *Archives of internal medicine* 1987; 147(2): 349-52.
202. Curran GM, Ounpraseuth ST, Allee E, Small J, Booth BM. Trajectories in use of substance abuse and mental health services among stimulant users in rural areas. *Psychiatric services* 2011; 62(10): 1230-2.
203. Gerstein DR, Lewin LS. Treating Drug Problems. *New England Journal of Medicine* 1990; 323(12): 844-8.
204. Moos RH, Moos BS. Paths of entry into alcoholics anonymous: consequences for participation and remission. *Alcoholism Clinical & Experimental Research* 2005; 29(10): 1858-68.
205. Mojtabai R. Use of specialty substance abuse and mental health services in adults with substance use disorders in the community. *Drug and alcohol dependence* 2005; 78(3): 345-54.
206. Rowan K, McAlpine DD, Blewett LA. Access And Cost Barriers To Mental Health Care, By Insurance Status, 1999-2010. *Health affairs* 2013; 32(10): 1723-30.
207. Sareen J, Jagdeo A, Cox BJ, et al. Perceived barriers to mental health service utilization in the United States, Ontario, and the Netherlands. *Psychiatric services* 2007; 58(3): 357-64.
208. Aisbett DL, Boyd CP, Francis KJ, Newnham K, Newnham K. Understanding barriers to mental health service utilization for adolescents in rural Australia. *Rural and remote health* 2007; 7(1): 624.
209. Wu L-T, Ringwalt CL, Williams CE. Use of Substance Abuse Treatment Services by Persons With Mental Health and Substance Use Problems. *Psychiatric services* 2003; 54(3): 363-9.
210. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Regards sur le système de santé et de services sociaux du Québec 2009.
211. Fleury M-J, Giroux I, Ménard J-M, Couillard J. État des lieux : de quoi parle-t-on au juste quand il est question de dépendance? *Le Point en administration de la santé et des services sociaux* 2015; (sous presse).
212. Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ). Le privilège du pouvoir. Portrait d'un réseau public spécialisé aux pratiques éprouvées. Québec: Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec, 2014.
213. Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ). Les centres de réadaptation en dépendance du Québec Un réseau d'experts voués au traitement des problèmes de dépendance à l'alcool, aux drogues et au jeu. [http://www.acrdq.qc.ca/wp-content/uploads/2013/05/DM-1182-ACR\\_depliantCarte\\_mai14\\_VF-LR.pdf](http://www.acrdq.qc.ca/wp-content/uploads/2013/05/DM-1182-ACR_depliantCarte_mai14_VF-LR.pdf)2014).
214. Fleury M-J, Giroux I, Ménard J-M, Couillard J. État des lieux : de quoi parle-t-on au juste quand il est question de dépendance? *Le point en administration de la santé et des services sociaux (sous presse)* 2014.
215. Üstun BT, Sartorius N. Mental Illness in General Health Care: An International Study. West Sussex, England: John Wiley & Sons; 1995.
216. Van Boekel LC, Brouwers EP, van Weeghel J, Garretsen HF. Healthcare professionals' regard towards working with patients with substance use disorders: comparison of primary care, general psychiatry and specialist addiction services. *Drug and alcohol dependence* 2014; 134: 92-8.
217. Rehm J, Allamani A, Della-Vedova R, Elekes Z, Jakubczyk A, al. e. General Practitioners Recognizing Alcohol Dependence: A Large Cross-Sectional Study in 6 European Countries. *Ann Fam Med* 2015; 13: 28-32.
218. Watkins KE, Burnam A, Kung FY, Paddock S. A national survey of care for persons with co-occurring mental and substance use disorders. *Psychiatric services* 2001; 52(8): 1062-8.
219. Gravel R, Connolly D, Bedard M. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : santé mentale et bien-être 2002. Ottawa, Canada: Statistique Canada, 2003.
220. Desrosiers P, Ménard J-P, Tremblay J, Bertrand K, Landry M. Les services de réadaptation en toxicomanie auprès des adultes dans les centres de réadaptation en dépendance : guide de pratique et offre de services de base. Montréal: Association des centres de réadaptation en dépendances du Québec, 2010.
221. Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ). Profil des clientèles. *Repéré le 15 Août 2013 sur à la page suivante:* <http://www.acrdq.ca/clientele.php> 2013.

222. Fleury M-J, Ngui A, Lesage A, Kairouz S. Les usagers du Centre Dollard-Cormier Institut-universitaire sur les dépendances (CDC-IUD) : trajectoires d'utilisation des services. *Comité d'éthique de la recherche en toxicomanie* 2013.
223. Hunt KA, Weber EJ, Showstack JA, Colby DC, Callahan ML. Characteristics of frequent users of emergency departments. *Annals of emergency medicine* 2006; 48(1): 1-8.
224. Ngamini Ngui A, Fleury M-J, Moisan J, Gregoire JP, Lesage A, Vanasse A. High Users of Emergency Departments in Quebec Among Patients With Both Schizophrenia and a Substance Use Disorder. *Psychiatric Services* 2014; doi: 10.1176/appi.ps.201300474.
225. Ngamini-Ngui A, Fleury M-J, Moisan J, Gregoire JP, Lesage A, Vanasse A. High Users of Emergency Departments in Quebec Among Patients With Both Schizophrenia and a Substance Use Disorder. *Psychiatric services* 2014.
226. Doupe MB, Palatnick W, Day S, et al. Frequent Users of Emergency Departments: Developing Standard Definitions and Defining Prominent Risk Factors. *Annals of Emergency Medicine* 2012; 60(1): 24-32.
227. Ar-Yuwat S, Clark MJ, Hunter A, James KS. Determinants of physical activity in primary school students using the health belief model. *Journal of multidisciplinary healthcare* 2013; 6: 119-26.
228. Asare M, Sharma M, Bernard AL, Rojas-Guyler L, Wang LL. Using the health belief model to determine safer sexual behavior among African immigrants. *J Health Care Poor Underserved* 2013; 24(1): 120-34.
229. Emerson LP, Job A, Abraham V. A Model for Provision of ENT Health Care Service at Primary and Secondary Hospital Level in a Developing Country. *BioMed research international* 2013; 2013: 562643.
230. Jakab Z. Public health, primary care and the 'cluster' model. *European journal of public health* 2013; 23(4): 528.
231. Lam R, Kruger E, Tennant M. JERM model of care: an in-principle model for dental health policy. *Australian journal of primary health* 2013.
232. Lundegren N, Axtelius B, Isberg PE, Akerman S. Analysis of the perceived oral treatment need using Andersen's behavioural model. *Community dental health* 2013; 30(2): 102-7.
233. Hulka B, Wheat J. Patterns of utilization. The patient perspective. *Med Care* 1985; 23(5): 438-60.
234. Rosenstock IM. Why People Use Health Services. *The Milbank Memorial Fund Quaterly Health and Society* 1966; 44(3): 94 - 127.
235. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social Learning Theory and the Health Belief Model. *Health Educ Behav* 1988; 15(2): 175-83.
236. Leduc N. La recherche sur l'utilisation des services de santé pour comprendre le comportement des consommateurs. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé* 1999; 6(1): 104 - 18.
237. Carpentier N, Ducharme F. Les approches prédictive et explicative dans l'étude de l'utilisation des services: l'exemple de la gérontologie sociale. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé* 2003; 9(2): 112 - 26.
238. Young JC, Young-Garro LY. Variation in the Choice of Treatment in Two Mexican Communities. *Social Science and Medicine* 1982; 16(16): 1453-65.
239. Andersen R, Newman JF. Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. *The Milbank quarterly* 2005; 83(4): Online-only.
240. Andersen RM. Families' use of health services: a behavioral model of Predisposing, Enabling, and Need components. Ph.D Thesis in Sociology: University of Purdue; 1968.
241. Mechanic D. Correlates of Physician Utilization: Why Do Major Multivariate Studies of Physician Utilization Find Trivial Psychosocial and Organizational Effects? *Journal of Health and Social Behavior* 1979; 20(4): 387-96.
242. Rundall TG. A Suggestion for Improving the Behavioral Model of Physician Utilisation. *Journal of Health and Social Behavior* 1981; 22(1): 103-4.
243. Andersen RM, Newman JF. Societal and Individual Determinants of Medical care Utilization in the United States. *The Milbank Memorial Fund Quaterly Health and Society* 1973; 51(1): 95 - 124.
244. Andersen RM. Revisiting the behavioral Model and Access to medical care: Does It Matter? *Journal of health and Social Behavior* 1995; 36: 1 - 10.

245. Gelberg L, Andersen RM, Leake BD. The Behavioral Model for Vulnerable Populations: Application to Medical Care Use and Outcomes for Homeless People. *Health Services Research* 2000; 34(6): 1273 - 302.
246. Walsh JME, McPhee SJ. A Systems Model of Clinical Preventive Care: An Analysis of Factors Influencing Patient and Physician. *Health Educ Behav* 1992; 19(2): 157-75.
247. Lundgren L, Chassler D, Ben-Ami L, Purington T, Schilling R. Factors Associated with Emergency Room Use among Injection Drug Users of African-American, Hispanic and White European Background. *American Journal on Addictions* 2005; 14(3): 268-80.
248. Verduin ML, Carter RE, Brady KT, Myrick H, Timmerman MA. Health service use among persons with comorbid bipolar and substance use disorders. *Psychiatr Serv* 2005; 56(4): 475-80.
249. Council CL, editor. Health Services Utilization by Individuals with Substance Abuse and Mental Disorders. Rockville: SAMHSA; 2004.
250. Young MM, Jesseman R. Répercussions des troubles liés aux substances sur l'utilisation des services hospitaliers. Ottawa (ON): Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2014
251. Weisner C, Schmidt L. Gender disparities in treatment for alcohol problems. *JAMA : the journal of the American Medical Association* 1992; 268(14): 1872-6.
252. Amodeo M, Lundgren L, Chassler D, Witas J. High-frequency users of detoxification: who are they? *Subst Use Misuse* 2008; 43(7): 839-49.
253. Arfken CL, Klein C, di Menza S, Schuster CR. Gender differences in problem severity at assessment and treatment retention. *Journal of substance abuse treatment* 2001; 20(1): 53-7.
254. Wechsberg WM, Craddock SG, Hubbard RL. How Are Women Who Enter Substance Abuse Treatment Different Than Men?: A Gender Comparison from the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Drugs & Society* 1998; 13(1-2): 97-115.
255. Brady KT, Randall CL. Gender differences in substance use disorders. *The Psychiatric clinics of North America* 1999; 22(2): 241-52.
256. Carlson RG, Sexton R, Wang J, Falck R, Leukefeld CG, Booth BM. Predictors of substance abuse treatment entry among rural illicit stimulant users in Ohio, Arkansas, and Kentucky. *Subst Abuse* 2010; 31(1): 1-7.
257. Oser CB, Leukefeld CG, Tindall MS, et al. Rural drug users: factors associated with substance abuse treatment utilization. *International journal of offender therapy and comparative criminology* 2011; 55(4): 567-86.
258. Tucker JS, Wenzel SL, Golinelli D, Zhou A, Green HD, Jr. Predictors of substance abuse treatment need and receipt among homeless women. *Journal of substance abuse treatment* 2011; 40(3): 287-94.
259. Chassler D, Lundgren L, Lonsdale J. What factors are associated with high-frequency drug treatment use among a racially and ethnically diverse population of injection drug users? *Am J Addict* 2006; 15(6): 440-9.
260. Asen E. Outcome research in family therapy. *Advances in Psychiatric Treatment* 2002; 8(3): 230-8.
261. Stanton MD, Shadish WR. Outcome, attrition, and family-couples treatment for drug abuse: a meta-analysis and review of the controlled, comparative studies. *Psychological bulletin* 1997; 122(2): 170-91.
262. Nelson TS, McCollum EE, Wetchler JL, Trepper TS, Lewis RA. Therapy with Women Substance Abusers. *Journal of Feminist Family Therapy* 1996; 8(1): 5-27.
263. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). The DASIS Report: Marital status and Substance Abuse Treatment Admissions: 2005. Rockville: Office of Applied Studies, 2007.
264. Chen YC, Chen CK, Lin SK, Chiang SC, Su LW, Wang LJ. Health care service utilization and associated factors among heroin users in northern Taiwan. *Addictive behaviors* 2013; 38(11): 2635-8.
265. Davis WMJ. Barriers to Substance Abuse Treatment Utilization in Rural versus Urban Pennsylvania: Indiana University of Pennsylvania; 2009.
266. Narevic E, Garrity TF, Schoenberg NE, et al. Factors predicting unmet health services needs among incarcerated substance users. *Subst Use Misuse* 2006; 41(8): 1077-94.

267. Whetten R, Whetten K, Pence BW, Reif S, Conover C, Bouis S. Does distance affect utilization of substance abuse and mental health services in the presence of transportation services? *AIDS Care* 2006; 18(sup1): 27-34.
268. Fleury M-J, Grenier G, Bamvita JM, Perreault M, Caron J. Determinants associated with the utilization of primary and specialized mental health services. *The Psychiatric quarterly* 2012b; 83(1): 41-51.
269. Fleury M-J, Grenier G, Bamvita JM, Caron J. Mental health service utilization among patients with severe mental disorders. *Community Ment Health J* 2011; 47(4): 365-77.
270. Kim J, Kim TH, Park EC, Cho WH. Factors Influencing Unmet Need for Health Care Services in Korea. *Asia-Pacific journal of public health / Asia-Pacific Academic Consortium for Public Health* 2013.
271. Vasiliadis HM, Tempier R, Lesage A, Kates N. General practice and mental health care: determinants of outpatient service use. *Can J Psychiatry* 2009; 54(7): 468-76.
272. Fleury M-J, Grenier G, Bamvita JM, Perreault M, Caron J. Determinants associated with the utilization of primary and specialized mental health services. *The Psychiatric quarterly* 2012; 83(1): 41-51.
273. Amadeo M, Chassler D, Fergusson F, Fitzgerald T, Lunfgren L. Use of Mental health and Substance Abuse Treatment Services by Female Injection Drug Users. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse Treatment Services by Female Injection Drug Users* 2004; 30(1): 101 - 20.
274. Blum TC, Davis CD, Roman PM. Adopting evidence-based medically assisted treatments in substance abuse treatment organizations: roles of leadership socialization and funding streams. *Journal of health and human services administration* 2014; 37(1): 37-75.
275. Seaman EL, Levy MJ, Lee Jenkins J, Godar CC, Seaman KG. Assessing pediatric and young adult substance use through analysis of prehospital data. *Prehospital and disaster medicine* 2014; 29(5): 468-72.
276. Wu P, Hoven CW, Tiet Q, Kovalenko P, Wicks J. Factors associated with adolescent utilization of alcohol treatment services. *The American journal of drug and alcohol abuse* 2002; 28(2): 353-69.
277. Stahler GJ, Cohen E. Using ethnographic methodology in substance abuse treatment outcome research. *Journal of substance abuse treatment* 2000; 18(1): 1-8.
278. Mercier C, Alarie S. Le processus de rétablissement chez les personnes alcooliques et toxicomanes. In: Brisson P, ed. *L'usage des drogues et de la toxicomanie*. Boucherville: Gaëtan Morin.; 2000: 335-50.
279. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011: Unis dans l'action. Quebec: La direction des communications du ministère de la Santé et des Services Sociaux; 2006.
280. Bergeron J, Landry M, Brochu S, Cournoyer L-G. Les déterminants de la persévérance des clients dans les traitements de réadaptation pour l'alcoolisme et la toxicomanie: une approche multidimensionnelle. Rapport de recherche Subventionné par le Conseil québécois de la recherche sociale RISQ 1997.
281. Agosti V, Nunes E, Ocepeck-Welikson K. Patient factors related to early attrition from an outpatient cocaine research clinic. *The American journal of drug and alcohol abuse* 1996; 22(1): 29-39.
282. Alterman AI, McKay JR, Mulvaney FD, McLellan AT. Prediction of attrition from day hospital treatment in lower socioeconomic cocaine-dependent men. *Drug and alcohol dependence* 1996; 40(3): 227-33.
283. Simpson DD, Joe GW, Rowan-Szal G, Greener J. Client engagement and change during drug abuse treatment. *J Subst Abuse* 1995; 7(1): 117-34.
284. Baekeland F, Lundwall L. Dropping out of treatment: a critical review. *Psychological bulletin* 1975; 82(5): 738-83.
285. Laflamme-Cusson S, Moisan C. Le cheminement de la clientèle adulte des établissements publics de réadaptation de la toxicomanie, étude conjointe du ministère de la Santé et des Services sociaux et du RISQ. Québec : *Ministère de la santé et des services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation*, 1993 1993: 124.
286. Brochu S, Landry M, Bergeron J, Chiochio F. L'efficacité du traitement à Domrémy-Montréal. *Rapport de recherche financé par Santé Canada, dans le cadre du Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS)* 1995: 105.



287. Graff F, Morgan, TJ., Epstein, EE., et al. Engagement and Retention in Outpatient Alcoholism Treatment for Women. *The American journal on addictions / American Academy of Psychiatrists in Alcoholism and Addictions* 2009; 18(4): 277-88.
288. Amodeo M, Chassler, D., Oettinger, C., Labiosa, W., & Lundgren, L. Client retention in residential drug treatment for Latinos. *Evaluation and program planning* 2008; 31(1): 102-12.
289. Australian Institute of Health and Welfare. Alcohol and other drug treatment services in Australia 2011-12, 2013.
290. Greenfield SF, Brooks AJ, Gordon SM, et al. Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: a review of the literature. *Drug and alcohol dependence* 2007; 86(1): 1-21.
291. Bergeron J, Landry M, Brochu S, Cournoyer L-G. Les déterminants de la persévérance des clients dans les traitements de réadaptation pour l'alcoolisme et la toxicomanie : Une approche multidimensionnelle. *Rapport d'une recherche subventionnée par le Conseil québécois de la recherche sociale (# RS 2308-093)* 1997; RISQ.
292. Sayre SL, Schmitz JM, Stotts AL, Averill PM, Rhoades HM, Grabowski JJ. Determining predictors of attrition in an outpatient substance abuse program. *The American journal of drug and alcohol abuse* 2002; 28(1): 55-72.
293. King AC, Canada SA. Client-related predictors of early treatment drop-out in a substance abuse clinic exclusively employing individual therapy. *Journal of substance abuse treatment* 2004; 26(3): 189-95.
294. Tuchman E. Women and addiction: the importance of gender issues in substance abuse research. *J Addict Dis* 2010; 29(2): 127-38.
295. Grella CE, Hser YI, Joshi V, Anglin MD. Patient histories, retention, and outcome models for younger and older adults in DATOS. *Drug and alcohol dependence* 1999; 57(2): 151-66.
296. Carroll KM, Ball SA, Rounsaville BJ. A comparison of alternate systems for diagnosing antisocial personality disorder in cocaine abusers. *J Nerv Ment Dis* 1993; 181(7): 436-43.
297. Roos J. Left behind. A review of therapist and process variables influencing dropout from individual psychotherapy. Handledare Andrzej Werbart PSYKOTERAPEUTEXAMENSUPPSATS PSYKOTERAPEUT-PROGRAMMET, T6, VT 2011 2011; STOCKHOLMS UNIVERSITET <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:420226/FULLTEXT01.pdf>
298. Lambert MJ. Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change. 5<sup>th</sup> ed. New York, NY: Wiley; 2004.
299. Kohn CS, Mertens JR, Weisner CM. Coping among individuals seeking private chemical dependence treatment: gender differences and impact on length of stay in treatment. *Alcoholism, clinical and experimental research* 2002; 26(8): 1228-33.
300. Marmot M. The status syndrome: How social standings affects our health and longevity. *New York* 2004; Holt & McDougal.
301. Williams MT, Roberts CS. Predicting length of stay in long-term treatment for chemically dependent females. *Int J Addict* 1991; 26(5): 605-13.
302. Beck NC, Shekim W, Fraps C, Borgmeyer A, Witt A. Prediction of discharges against medical advice from an alcohol and drug misuse treatment program. *Journal of Studies on Alcohol* 1983; 44(1): 171-80.
303. Reis BF, Brown LG. Reducing psychotherapy dropouts: Maximizing perspective convergence in the psychotherapy dyad. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 1999; 36: 123-36.
304. Santé Canada. Employee assistance programs (EAP). 2012. <http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/occup-travail/empl/eap-pae-eng.php>
305. Kleber HD, Weiss RD, Jr. RFA, et al. Practice guideline for the treatment of patients with SUD. Second Edition; 2006.
306. Beckman LJ, Bardsley PE. Individual characteristics, gender differences and drop-out from alcoholism treatment. *Alcohol Alcohol* 1986; 21(2): 213-24.
307. American Society of Addiction Medicine (ASAM). Patient placement criteria for the treatment of substance use disorders, 2nd ed. *Chevy Chase, MD : ASAM* 2001.

308. American Society of Addiction Medicine (ASAM). Recovery. 2014. <http://www.asam.org/research-treatment/recovery> (accessed October 2014).
309. American Psychiatric Association (APA). Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5. 2013. p. 19.
310. Care Services Improvement Partnership (CSIP), Royal College of Psychiatrists (RCPsych), (SCIE) SCIfE. A common purpose: Recovery in future mental health services. Great Britain; 2007. p. 47 p.
311. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of Health & Social Behavior* 1995; 36(1): 1-10.
312. Kelly JF, White WL. Addiction recovery management. Theory, research and practice. New York: Humana Press; 2011.
313. Kirby MJL, Keon WJ. Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie: Aperçu des politiques et des programmes au Canada. Rapport 1. *Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie* 2004; <http://www.parl.gc.ca/content/sen/committee/381/soci/rep/report1/repintnov04vol1-f.pdf>.
314. Burgess PM, Joyce CM, Pattison PE, Finch SJ. Social indicators and the prediction of psychiatric inpatient service utilization. *Soc Psychiat Epidemiol* 1992; 27: 83-94.
315. Oiesvold T, Saarento O, Sytema S, et al. Predictors for readmission risk of new patients: the Nordic Comparative Study on Sectorized Psychiatry. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2000; 101(5): 367-73.
316. Bardenstein KK, McGlashan TH. Gender differences in affective, schizoaffective, and schizophrenic disorders. A review. *Schizophrenia research* 1990; 3(3): 159-72.
317. McGlashan TH, Bardenstein KK. Gender differences in affective, schizoaffective, and schizophrenic disorders. *Schizophrenia Bulletin* 1990; 16(2): 319-29.
318. Childers SE, Harding CM. Gender, premorbid social functioning, and long-term outcome in DSM-III schizophrenia. *Schizophrenia bulletin* 1990; 16(2): 309-18.
319. Carpenter W, Strauss JS. The prediction of outcome in schizophrenia, IV: eleven-year follow-up of the Washington IPSS cohort. *Journal of Nervous and Mental Diseases* 1991; 179 (9): 517-25.
320. Scott W, Ruef M, Mendel PJ, Caronna CA. Institutional change and health care organizations: from professional dominance to managed care. In: scott WR, Ruef M, Mendel PJ, Caronna CA, eds. Chicago: University of Chicago press; 2000.
321. Best D, Rome A, Hanning KA, et al. Research for recovery: a review of the drugs evidence base. *Scottish Government Social Research* 2010.
322. Babor TF. Treatment for persons with substance use disorders: mediators, moderators, and the need for a new research approach. *International journal of methods in psychiatric research* 2008; 17 Suppl 1: S45-9.
323. Adamson SJ, Sellman JD, Frampton CM. Patient predictors of alcohol treatment outcome: a systematic review. *Journal of substance abuse treatment* 2009; 36: 75-86.
324. Haaga DA, Hall SM, Haas A. Participant factors in treating substance use disorders Dans L-GCastonguay et LE Beutler (Eds), *Principles of Therapeutic Change that Work*, 272-292 2006; New York, NY, USA: Oxford University Press.
325. Lin E, Goering P, Offord DR, Campbell D, Boyle MH. The use of mental health services in Ontario: epidemiologic findings. *Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie* 1996; 41(9): 572-7.
326. Lefebvre J, Cyr M, Lesage A, Fournier L, Toupin J. Unmet needs in the community: can existing services meet them? *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2000; 102: 65-70.
327. Hirsch SR. Psychiatric Beds and Ressources: Factors Influencing Bed Use and Services Panning. *Report of a Working Party of the Section of the Royal College of Psychiatrists* 1988: London: Gaskell. .
328. Lucas B, Harrison-Read P, Tyrer P, et al. Costs and characteristics of heavy inpatient service users in outer London. *International Journal of Social Psychiatry* 2001; 47(1): 63-74.
329. Sytema S. Social indicators and psychiatric admission rates: a case-register study in The Netherlands. *Psychological Medicine* 1991; 21(1): 177-84.

330. Rosenfield S. Labelling Mental Illness: The Effects of Received Services and Perceived Stigma on Life Satisfaction. *American Sociological Review* 1997; 62(4): 660-72.
331. Link BG, Struening EL, Neese-Todd S, Asmussen S, Phelan JC. Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatric services* 2001; 52(12): 1621-6.
332. Korkeila JA, Lehtinen V, Tuori T, Helenius H. Frequently hospitalised psychiatric patients: a study of predictive factor. *Social Psychiatric and Psychiatric Epidemiology* 1998; 33: 558-67.
333. Green JH. Frequent rehospitalization and non-compliance with treatment. *Hospital and Community Psychiatry* 1988; 39: 963-6.
334. Weisner C, Matzger H, Kaskutas LA. How important is treatment? One-year outcomes of treated and untreated alcohol-dependent individuals. *Addiction* 2003; 98(7): 901-11.
335. Schutte KK, Byrne FE, Brennan PL, Moos RH. Successful remission of late-life drinking problems: a 10-year follow-up. *J Stud Alcohol* 2001; 62(3): 322-34.
336. Dawson DA, Grant BF, Stinson FS, Chou PS, Huang B, Ruan WJ. Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001-2002. *Addiction* 2005; 100(3): 281-92.
337. Dawson DA. Correlates of past-year status among treated and untreated persons with former alcohol dependence: United States, 1992. *Alcoholism, clinical and experimental research* 1996; 20(4): 771-9.
338. Bischof G, Rumpf HJ, Hapke U, Meyer C, John U. Factors influencing remission from alcohol dependence without formal help in a representative population sample. *Addiction* 2001; 96(9): 1327-36.
339. Tomlinson KL, Brown SA, Abrantes A. Psychiatric comorbidity and substance use treatment outcomes of adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors* 2004; 18(2): 160-9.
340. Bender K, Springer D, Kim J. Treatment effectiveness with dually diagnosed adolescents: A systematic review. *Brief Treatment and Crisis Intervention* 2006; 6(3): 177-205.
341. Havassy BE, Wasserman DA, Hall SM. Relapse to cocaine use: conceptual issues. *NIDA Res Monogr* 1993; 135: 203-17.
342. Vaillant GE. The natural history of alcoholism revisited. *Cambridge MA: Harvard University Press* 1983/1995.
343. Laudet AB. What does recovery mean to you? Lessons from the recovery experience for research and practice. *Journal of substance abuse treatment* 2007; 33(3): 243-56.
344. Rudolf H, Priebe S. Subjective quality of life and depressive symptoms in women with alcoholism during detoxification treatment. *Drug and alcohol dependence* 2002; 66(1): 71-6.
345. Hoffmann NG, Miller NS. Perspectives of effective treatment for alcohol and drug disorders. *The Psychiatric clinics of North America* 1993; 16(1): 127-40.
346. Claus RE, Mannen RK, Schicht WW. Treatment career snapshots: profiles of first treatment and previous treatment clients. *Addictive behaviors* 1999; 24(4): 471-9.
347. Flynn PM, Joe GW, Broome KM, Simpson DD, Brown BS. Looking back on cocaine dependence: reasons for recovery. *Am J Addict* 2003; 12(5): 398-411.
348. McKay JR, Weiss RV. A review of temporal effects and outcome predictors in substance abuse treatment studies with long-term follow-ups. Preliminary results and methodological issues. *Eval Rev* 2001; 25(2): 113-61.
349. Gibbs L, Flanagan J. Prognostic indicators of alcoholism treatment outcome. *Int J Addict* 1977; 12(8): 1097-141.
350. Project Match Research Group. Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH Posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol* 1997; 58(1): 7-29.
351. Team UR. Cost effectiveness of treatment for alcohol problems: findings of the randomised UK alcohol treatment trial (UKATT). *BMJ* 2005; 331(7516): 544.
352. Miller WR, Wilbourne PL. Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction* 2002; 97(3): 265-77.

353. Clark JJ. Contemporary psychotherapy research: implications for substance misuse treatment and research. *Substance use & misuse* 2009; 44(1): 42-61.
354. Imel ZE, Wampold BE, Miller SD, Fleming RR. Distinctions without a difference: direct comparisons of psychotherapies for alcohol use disorders. *Psychology of Addictive Behaviors* 2008; 22(4): 533-43.
355. Mee-Lee D, McLellan AT, Miller SD. What works in substance abuse and dependence treatment. In *B L Duncan, S D Miller, B E Wampold et M A Hubble (Eds), The Heart and Soul of Change (2nd Edition) Delivering What works in Therapy, 393-417 Washington, DC, USA: American Psychological Association* 2010.
356. Morgenstern J, McKay JR. Rethinking the paradigms that inform behavioral treatment research for substance use disorders. *Addiction* 2007; 102(9): 1377-89.
357. Prendergast ML, Podus D, Chang E, Urada D. The effectiveness of drug abuse treatment: a meta-analysis of comparison group studies. *Drug and alcohol dependence* 2002; 67: 53-72.
358. Wampold BE, Mondin GW, Moody M, Stich F, Benson K, Ahn H-N. A Meta-Analysis of Outcome Studies Comparing Bona Fide Psychotherapies: Empirically, "All Must Have Prizes". *Psychological Bulletin, American Psychological Association* 1997; 122: 203-15.
359. Wampold BE. The research evidence for the common factors models: a historically situated perspective. In *B Duncan, B S D Miller, B E Wampold et M A Hubble (Eds), The Hearth and Soul of Change (2nd Ed) Washington, DC, USA: American Psychological Association* 2010.
360. Raistrick D, Heather N, Godfre C. Review of the Effectiveness of Treatment for Alcohol Problems. *National Treatment Agency for Substance Misuse* 2006.
361. Hubble MA, Duncan BL, Miller SD, Wampold BE. Introduction. Dans *BL Duncan, S D Miller, B E Wampold et M A Hubble (Eds) The heart and soul of change: Delivering what works in therapy (2nd ed), 23-46* 2010: Washington, DC, USA: American Psychological Association.
362. Hser YI, Huang D, Brecht ML, Li L, Evans E. Contrasting trajectories of heroin, cocaine, and methamphetamine use. *Journal of addictive diseases* 2008; 27(3): 13-21.
363. Brisson P. L'approche de réduction des méfaits : sources, situation, pratiques. *Comité permanent de lutte à la toxicomanie* 1997.
364. McCrady BS, Haaga DA, Lebow J. Integration of therapeutic factors in treating substance abuse disorders. Dans *L-GCastonguay et L E Beutler (Eds), (pp 341-350)* 2006; London, England: Oxford University Press.
365. Seligman ME. Science as an ally of practice. *American Psychologist* 1996; 51(10): 1072-9.
366. Simpson DD, Joe GW, Brown BS. Treatment retention and follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors* 1997; 11: 294-301.
367. Hubbard R, Marsden M, Rachal J, Harwood H, Cavanaugh E, Ginzburg H. Drug abuse treatment: A national study of effectiveness. *Chapel Hill: University of North Carolina Press* 1989.
368. Simpson DD, Sells SB. Opioid addiction and treatment: A 12-year follow-up. . *Malabar, FL: Krieger Publishing Company* 1990.
369. Group CR. Testing combined pharmacotherapies and behavioral interventions in alcohol dependence: Rationale and methods. *Alcohol Clin Exp Res* 2003; 27(7): 1107-22.
370. Finney. J, Moos R. Entering treatment for alcohol abuse: A stress and coping model. *Addiction* 1995; 90: 1223-40.
371. Gossop M, Marsden J, Stewart D, et al. Substance use, health and social problems of service users at 54 drug treatment agencies. Intake data from the National Treatment Outcome Research Study. *British Journal of Psychiatry* 1998; 173: 166-71.
372. UKATT Research Team. Effectiveness of treatment for alcohol problems: findings of the randomised UK alcohol treatment trial (UKATT). *BMJ* 2005; 331(7516): 541.
373. Moos RH, Moos BS. Protective resources and long-term recovery from alcohol use disorders. *Drug & Alcohol Dependence* 2007; 86(1): 46-54.
374. Pagano ME, White WL, Kelly JF, Stout RL, Tonigan JS. The 10-year course of Alcoholics Anonymous participation and long-term outcomes: a follow-up study of outpatient subjects in Project MATCH. *Substance Abuse* 2013; 34(1): 51-9.

375. Simpson DD, Sells SB. Opioid addiction and treatment: A 12-year follow-up *Malabar, FL: Krieger Publishing Company* 1990.
376. Landry M, Brochu S, Nadeau L, et al. Quinze années de recherche au RISQ : bilan des connaissances sur l'impact des traitements. *Drogues, santé et société* 2009; 8: 187-231.
377. Lecomte Y. Développer de meilleures pratiques. *Santé mentale au Québec* 2003; 28(1): 9-36.
378. Gschwind YJ, Kressig RW, Lacroix A, Muehlbauer T, Pfenninger B, Granacher U. A best practice fall prevention exercise program to improve balance, strength / power, and psychosocial health in older adults: study protocol for a randomized controlled trial. *BMC geriatrics* 2013; 13: 105.
379. Jones R. Best practice in the delivery of primary health care. *Br J Gen Pract* 2013; 63(608): 115.
380. McKnight SE. Mental health learning needs assessment: competency-based instrument for best practice. *Issues in mental health nursing* 2013; 34(6): 459-71.
381. Ryan TJ. Integrative medicine selects best practice from public health and biomedicine. *Indian journal of dermatology* 2013; 58(2): 132-41.
382. Provencher MD, Guay S. Les données probantes sur l'efficacité des traitements psychothérapeutiques : peut-on vraiment s'y fier ? *Psychologie Québec* 2007: 22-4.
383. Berquin A. Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. *Revue médicale suisse* 2010; 6(258): 1511-3.
384. Lalonde P, Aubut J, Grunberg F. Psychiatrie clinique, une approche bio-psycho-sociale. Montréal: Gaétan Morin éditeur; 2001.
385. Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS). Politique de santé mentale. Québec: Gouvernement du Québec, 1989.
386. Crettenand ML, AT C. Indications et contre-indications à la thérapie d'orientation systémique. *Perspectives Psy* 2006; 45(3): 267-73.
387. Bellemare L. L'approche systémique : une histoire de familles *Revue québécoise de psychologie* 2000; 21(1): 75-91.
388. Blanchette L. L'approche systémique en santé mentale. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal; 1999.
389. Von Sydow K, Beher S, Schweitzer J, Retzlaff R. The efficacy of systemic therapy with adult patients: a meta-content analysis of 38 randomized controlled trials. *Family process* 2010; 49(4): 457-85.
390. Piat M, Couture A, Sabetti J, Sylvestre J, Provencher H, J B. Qu'est-ce que le rétablissement signifie pour moi? La perspective des usagers en santé mentale. *Le partenaire* 2008; 16(1): 28-36.
391. Provencher HL. Le paradigme du rétablissement : 1. Une expérience globale de santé. *Le partenaire* 2007; 15(1): 4-212.
392. Deegan PE. The lived experience of using psychiatric medication in the recovery process and a shared decision-making program to support it. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2007; 31(1): 62-9.
393. Forest L. Ah! Le rétablissement... *Le partenaire* 2008; 16(1): 3.
394. Provencher HL. Le modèle préliminaire d'organisation des services orientés vers le rétablissement (MOPROSOR) : introduction et présentation détaillée du cadre d'orientation. *Le partenaire* 2008; 16(1): 4-27.
395. Programme d'encadrement clinique et d'hébergement (PECH). Passeur de liens. Rapport annuel 2005-2006. Québec: PECH; 2006.
396. Rapp CA, Saleebey D, WP S. The future of strengths-based social work *Advances in Social Work* 2005; 6(1): 79-90.
397. Horbay R. Thérapie brève axée sur la recherche de solutions. <https://www.problemgambling.ca/FR/ResourcesForProfessionals/Pages/SolutionFocusedBriefTherapy.aspx> (accessed 18 août 2014).
398. Hancock T. Agir localement : Promotion de la santé de la population. Victoria (C.-B.), 2009.

399. Miller SD, Hubble MA, Duncan BL. Handbook of Solution-Focused Brief Therapy: Jossey-Bass Publishers; 1996.
400. Kretzmann J, J M. Building Communities From the Inside Out: A Path Toward Finding and Mobilizing a Community's Assets. Chicago: ACTA Pub; 1993.
401. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Toxicomanie et réduction des méfaits. *Les cahiers du CPLT* 1999; <http://publications.msss.gouv.qc.ca/biblio/CPLT/publications/1099redm.pdf>.
402. Grenier C, M-L N. Approche de réadaptation appliquée à une clientèle présentant une comorbidité trouble psychotique et toxicomanie. *Le partenaire* 2008; 15(3): 9-13.
403. Amundsen EJ. Measuring effectiveness of needle and syringe exchange programmes for prevention of HIV among injecting drug users. *Addiction* 2006; 101(7): 911-2.
404. Comité permanent de la lutte à la toxicomanie (CPLT). Toxicomanie et réduction des méfaits. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS), 1999.
405. Noël L, R C. Statistiques sur les services relatifs aux programmes de prévention du VIH et des hépatites B et C auprès des personnes UDI au Québec Avril 2006 à mars 2007. Québec: Institut national de santé publique du Québec, 2008.
406. Lessard R, C M. Vers un service d'injection supervisée. Rapport de l'étude de faisabilité sur l'implantation d'une offre régionale de services d'injection supervisée à Montréal. Québec: Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2011.
407. Pilon-Larose H. Injection supervisée: vers l'ouverture de quatre centres à Montréal. 2013. <http://www.lapresse.ca/actualites/montreal/201312/10/01-4719758-injection-supervisee-vers-louverture-de-quatre-centres-a-montreal.php> (accessed 18 août 2014).
408. Opération nez rouge. Opération nez rouge. Mission. Historique. 2014. [http://operationnezrouge.com/fr/a\\_propos/mission/](http://operationnezrouge.com/fr/a_propos/mission/) (accessed 18 août 2014).
409. Cournoyer LG, Simoneau H, Landry M, Tremblay J, Patenaude C. Évaluation d'implantation du programme Alcochoix+. In: #2008-TO-120890 RfdursplFqdlrslselcF, editor.; 2009. p. 229.
410. Centre de réadaptation en dépendance de Montréal - Institut universitaire (CRDM-IU). Alcochoix +. <http://dependancemontreal.ca/mission-universitaire/pratiques-de-pointe/alcochoix> (accessed 18 août 2014).
411. Favrod-Coune T. Rapport de recherche. Evaluation descriptive du programme « Alcochoix+ » en Suisse romande. Suisse: Groupement romand d'études des addictions (GREAA), 2013.
412. Schippers G, Schramme M, Walburg J. Reforming Dutch substance abuse treatment services. *Addictive behaviors* 2002; 27(6): 995-1007.
413. Comité directeur du projet collaboratif en toxicomanie et en santé mentale. Collaboration pour les soins en toxicomanie et en santé mentale : Meilleurs conseils. Ottawa (Ont.): Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (CCLT); 2014.
414. Scogin F, Hanson A, Welsh D. Self-administered treatment in stepped-care models of depression treatment. *Journal of Clinical Psychology* 2003; 59: 341 -9.
415. Brouillet H, Roberge P, Fournier L, Doré I. Les soins en étapes, une approche prometteuse pour le traitement des troubles anxieux et dépressifs. *Quintessence* 2009; 1(1): 1-2.
416. Seekles W, Van Straten A, Beekman A, Van Marwijk H, Cuijpers P. Stepped care for depression and anxiety: From primary care to specialized mental health care: A randomised controlled trial testing the effectiveness of a stepped care program among primary care patients with mood or anxiety disorders. *BMC Health Services Research* 2009; 9: 90.
417. Von Korff M, Tiemens B. Individualized stepped care of chronic illness. *Western Journal of Medicine* 2000; 172(2): 133-7.
418. Sobell M, Sobell L. Stepped care as a heuristic approach to the treatment of alcohol problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2000; 68: 573 -9
419. Breslin F, Sobell M, Sobell L. Towards a stepped care approach to treating problem drinkers: the predictive utility of within-treatment variables and therapist prognostic ratings. *Addiction* 1997; 92: 1479 -89.

420. King V, Stoller K, Hayes M. A multicenter randomized evaluation of methadone medical maintenance. *Drug and alcohol dependence* 2002; 65: 137-48.
421. Kidorf MS, Neufeld KJ, King VL, Clark MJ, Brooner RK. A stepped care approach for reducing cannabis use in opioid-dependent outpatients. *Journal of substance abuse treatment* 2007; 32(4): 341-7.
422. Kay-Lambkin F, Baker A, Lewin T. The 'co-morbidity roundabout': a framework to guide assessment and intervention strategies and engineer change among people with co-morbid problems. *Drug and Alcohol Review* 2004; 23(4): 407-24.
423. Brooner RK, Kidorf MS, King VL, Stoller KB, Neufeld KJ, Kolodner K. Comparing adaptive stepped care and monetary-based voucher interventions for opioid dependence. *Drug and alcohol dependence* 2007; 88(2): S14-23.
424. Australian Drug Foundation. The stepped care model: a useful intervention strategy for people who use methamphetamine. In: Services H, editor. Melbourne VIC: Druginfo Clearinghouse; 2008.
425. Krebber A-M, Leemans R, De Bree R, et al. Stepped care targeting psychological distress in head and neck and lung cancer patients: a randomized clinical trial. *BMC Cancer* 2012; 12(173).
426. Kelly JF, Magill M, R S. How do people recover from alcohol dependence? A systematic review of the research on mechanisms of behavior change in Alcoholics Anonymous. *Addiction Research & Theory* 2009; 17: 236-59.
427. Project MATCH Research Group. Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol* 1997; 58(7-29).
428. Danis D. La codépendance du point de vue du Minnesota model. Suisse: Addiction Suisse.
429. McElrath D. The Minnesota Model. *Journal of Psychoactive Drugs* 1997; 29: 141-4.
430. Kairouz S, Fortin M. L'engagement dans le mouvement des AA : un gage de bonheur. *Drogues, santé et société* 2013; 12(1).
431. Moos R, Schaefer, J., Andrassy, J., Moos B. Outpatient mental health care, self-help groups, and patients' 1-year treatment outcomes. *Journal of Clinical Psychology* 2001; 57: 1-15.
432. Ritsher J, Moos, RH., Finney, J. . The influence of treatment orientation and continuing care on substance abuse patients' two-year remission. *Psychiatric services* 2002; 53([PubMed: 11986510]): 595-601.
433. Ritsher J, McKellar, JD., Finney, JW., Otilingam, PG., Moos, RH. Psychiatric comorbidity, continuing care, and self-help as predictors of substance abuse remission 5 years after intensive treatment. *Journal of Studies on Alcohol* 2002; 63([PubMed: 12529071]): 709-15.
434. Kownacki RJ, Shadish WR. Does Alcoholics Anonymous work? The results from a meta-analysis of controlled experiments. *Substance Use and Misuse* 1999; 34: 1897-916.
435. Romo L, Aubry C, Djordjian J, Fricot E, Adès J. La dépendance à l'Internet et la prise en charge cognitivo-comportementale: Cognitive-behavioral treatment of Internet Addiction. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive* 2004; 14(3): 117-23.
436. Brown T, Dongier M, Graves G. Availability and use of evidence-based treatment. Substance abuse in Canada: Current challenges and choices. Ottawa, Canada: Canadian Centre on Substance Abuse (CCSA); 2005: 23-9.
437. Centre for Applied Research in Mental Health and Addictions (CARMHA). Cognitive Behavioural Therapy. Core information document. Vancouver BC: Simon Fraser University, 2007.
438. Shearer J. Psychosocial approaches to psychostimulant dependence: a systematic review. *Journal of substance abuse treatment* 2007; 32: 41-52.
439. Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (AMTS). La thérapie cognitivo-comportementale contre les dépendances : examen de l'efficacité clinique et de la rentabilité. *ACMTS* 2010; 1(4).
440. McHugh RK, Hearon BA, Otto MW. Cognitive behavioral therapy for substance use disorders. *The Psychiatric clinics of North America* 2010; 33(3): 511-25.
441. Gregory VL. Cognitive-behavioral therapy for comorbid bipolar and substance use disorders: a systematic review of controlled trials. *Mental Health and Substance Use* 2011; 4(4): 302-13.

442. Magill M, Ray LA. Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of studies on alcohol and drugs* 2009; 70(4): 516-27.
443. Abbott PJ. A review of the community reinforcement approach in the treatment of opioid dependence. *J Psychoactive Drugs* 2009; 41(4): 379-85.
444. Baker A, Lee NK. A review of psychosocial interventions for amphetamine use. *Drug Alcohol Rev* 2003; 22(3): 323-35.
445. Knapp WP, Soares BG, Farrel M, Lima MS. Psychosocial interventions for cocaine and psychostimulant amphetamines related disorders. *The Cochrane database of systematic reviews* 2007; (3): Cd003023.
446. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). Overview of COMBINE. <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/combine/overview.htm> (accessed 18 août 2014).
447. Meyers RJ, Miller WR, JE S. Community reinforcement and family training (CRAFT). In: WR MReM, ed. A community reinforcement approach to addiction treatment International research monographs in the addictions. New York, NY, USA: Cambridge University Press; 2001: 147-60.
448. Roozen HG, Boulogne JJ, van Tulder MW, van den Brink W, De Jong CA, Kerkhof AJ. A systematic review of the effectiveness of the community reinforcement approach in alcohol, cocaine and opioid addiction. *Drug and alcohol dependence* 2004; 74(1): 1-13.
449. Schottenfeld RS, Pantalon MV, Chawarski MC, Pakes J. Community reinforcement approach for combined opioid and cocaine dependence. Patterns of engagement in alternate activities. *Journal of substance abuse treatment* 2000; 18(3): 255-61.
450. Robles E, Stitzer ML, Strain EC, Bigelow GE, Silverman K. Voucher-based reinforcement of opiate abstinence during methadone detoxification. *Drug and alcohol dependence* 2002; 65(2): 179-89.
451. Amodeo M, Lundgren L, Cohen A, et al. Barriers to implementing evidence-based practices in addiction treatment programs: comparing staff reports on Motivational Interviewing, Adolescent Community Reinforcement Approach, Assertive Community Treatment, and Cognitive-behavioral Therapy. *Evaluation and program planning* 2011; 34(4): 382-9.
452. Cahill K, Perera R. Competitions and incentives for smoking cessation. *The Cochrane database of systematic reviews* 2011; (4): Cd004307.
453. Lopez-Vergara HI, Colder CR, Hawk LW, Jr., et al. Reinforcement sensitivity theory and alcohol outcome expectancies in early adolescence. *The American journal of drug and alcohol abuse* 2012; 38(2): 130-4.
454. Secades-Villa R, Sanchez-Hervas E, Zacares-Romaguera F, Garcia-Rodriguez O, Santonja-Gomez FJ, Garcia-Fernandez G. Community Reinforcement Approach (CRA) for cocaine dependence in the Spanish public health system: 1 year outcome. *Drug Alcohol Rev* 2011; 30(6): 606-12.
455. Babor TF. Treatment for persons with substance use disorders: mediators, moderators, and the need for a new research approach. *International journal of methods in psychiatric research* 2008; 17 Suppl 1: S45-9.
456. Brigham GS. 12-step participation as a pathway to recovery: the Maryhaven experience and implications for treatment and research. *Science & practice perspectives / a publication of the National Institute on Drug Abuse, National Institutes of Health* 2003; 2(1): 43-51.
457. De Jong CA, Roozen HG, van Rossum LG, Krabbe PF, Kerkhof AJ. High abstinence rates in heroin addicts by a new comprehensive treatment approach. *Am J Addict* 2007; 16(2): 124-30.
458. Hendershot CS, Witkiewitz K, George WH, Marlatt GA. Relapse prevention for addictive behaviors. *Substance abuse treatment, prevention, and policy* 2011; 6: 17.
459. Brandon TH, Vidrine JJ, Litvin EB. Relapse and relapse prevention. *Annu Rev Clin Psychol* 2007; 3: 257-84.
460. Marlatt GA, Gordon G. Relapse Prevention: Maintenance Strategies in Addictive Behavior Change. New York; 1985.
461. Marlatt GA, Witkiewitz K. Relapse Prevention for Alcohol and Drug Problems. In: Marlatt GA, Donovan DM, eds. Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors. New York: Guilford Press; 2005.
462. Witkiewitz K, Marlatt GA. Relapse Prevention for Alcohol and Drug Problems: That Was Zen, This Is Tao. *American Psychologist* 2004; 59(4): 224-35.
463. Lécallier D, Michaud P. L'entretien motivationnel: Une évolution radicale de la relation thérapeutique. *Alcoologie et Addictologie* 2004; 26(2): 129-34.



464. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people for change. New York: Guilford Press; 2002.
465. Levasseur E. L'entretien motivationnel pour préparer le changement: Université de Caen Basse-Normandie; 2005.
466. Brown JM, Miller WR. Impact of motivational interviewing on participation and outcome in residential alcoholism treatment. *Psychology of Addictive Behaviors* 1993 7: 211-8.
467. Lécallier D, Michaud P. L'entretien motivationnel. Une évolution radicale de la relation thérapeutique. *Alcoologie et addictologie* 2004; 26(2): 129-34.
468. Hettema J, Steele J, WR M. Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology* 2005; 1: 91-111.
469. Chanut F, Brown TG, M D. Je veux changer, oui, mais... Applications de l'entretien motivationnel en psychiatrie. *Le partenaire* 2008; 15(4): 12-8.
470. Vasilaki EI, Hosier SG, Cox WM. The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: a meta-analytic review. *Alcohol Alcohol*, 41. *Alcohol Alcohol* 2006; 41.
471. Carruzzo E, Zimmermanna G, Zufferey C, Monnat M, Rougement-Buecking A, Besson J. L'entretien motivationnel, une nouvelle « panacée » dans la prise en charge de patients toxicodépendants? Une revue de littérature. *Pratiques psychologiques*, 2008; 15: 405-13.
472. Lundahl BW, Kunz CB, Tollefson D, BL B. A meta-analysis of motivational interviewing: twenty-five years of empirical studies. *Research on Social Work Practice* 2010; 20: 137-60.
473. Landry M, Tremblay J, Bertrand K, Ménard J-M. Pratiques reconnues dans le traitement des jeunes et des adultes aux prises avec une dépendance. Québec, Canada: Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances, 2010.
474. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Supportive-Expressive Psychotherapy. 01/28/2014. <http://www.nrepp.samhsa.gov/ViewIntervention.aspx?id=802014>.
475. Luborsky L, P C-C. Understanding Transference: The Core Conflictual Relationship Theme Method (2<sup>nd</sup> Edition): American Psychological Association; 1998.
476. National Institute on Drug Abuse (NIDA). DrugFacts: Treatment Approaches for Drug Addiction. 2009. <http://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/treatment-approaches-drug-addiction> (accessed 25 aout 2014 2014).
477. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). Overview of COMBINE. Clinical Trial Combining Medication and Behavioral Therapies for the Treatment of Alcoholism <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/combine/overview.htm> (accessed 20 aout 2014 2014).
478. Santé Canada. Meilleures pratiques – Alcoolisme et toxicomanie. Traitement et réadaptation. Ottawa (Ontario): Santé Canada, 1999.
479. National Institute on Drug Abuse (NIDA). Principles of drug addiction treatment: A research based guide (2nd edition). Rockville, MD, USA: U.S. Department of Health and Human Services.; 2009.
480. Jung Y, Namkoong K. Pharmacotherapy for alcohol dependence: anticraving medications for relapse prevention. *Yonsei Medical Journal* 2006; 47: 167-78.
481. Mann K, Ann K. Pharmacotherapy of alcohol dependence: a review of the clinical data. *CNS Drugs* 2004; 18: 485-504.
482. Lauzon P. Les effets indésirables des médicaments de substitution dans le traitement de la dépendance aux opioïdes. *Drogues, santé et société* 2011; 10(1): 51-91.
483. Amato L, Minozzi S, Davoli M, Vecchi S. Psychosocial and pharmacological treatments versus pharmacological treatments for opioid detoxification. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; 7(9).
484. Tremblay J, Bouchard G, Bertrand K. Vie conjugale et abus de substances : interrelations et traitement. *Canadian Journal of Counselling* 2009; 43(4).
485. Epstein EE, McCrady BS, Morgan T, Cook SM, Kugler G, Ziedonis D. Couples treatment for drug-dependent males: Preliminary efficacy of a stand alone outpatient model. *Addictive Disorders & Their Treatment* 2007; 6: 21-37.

486. McCrady BS, Hayaki J, Epstein EE, Hirsch LS. Testing hypothesized predictors of change in conjoint behavioral alcoholism treatment for men. *Alcohol: Clinical and Experimental Research* 2002; 26: 463-70.
487. Meyers RJ, Miller WR, Hill DE, Tonigan JS. Community Reinforcement and Family Training (CRAFT): Engaging Unmotivated Drug Users In Treatment. *Journal of substance abuse treatment* 1999; 10(3): 291 - 308.
488. Powers MB, Vedel E, Emmelkamp P. Behavioral couples therapy (BCT) for alcohol and drug use disorders: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 2008; 28: 952-62.
489. Johnson Institute. How to use intervention in your professional practice: A guide for helping-professionals who work with chemical dependents and their families. Minneapolis, MN, USA: Johnson Institute Books; 1987.
490. Miller WR, Meyers RJ, JS T. Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems: a comparison of three strategies for intervention through family members. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1999; 67: 688-97.
491. Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ). L'ACRDQ en phase avec la Politique nationale de lutte contre l'itinérance. *TOXinfo* 2014; 9(4).
492. Organisation mondiale de la santé (OMS). Alcohol in emergency Departments. Summary of the Report from the WHO Collaborative Study on Alcohol and Injuries. Genève: OMS, 2007.
493. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Programme-services Dépendances 2007-2012 : Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité d'efficacité et d'efficience. Québec: Gouvernement du Québec; 2007. p. 56.
494. Vermette G. Guide d'implantation. Équipe de liaison spécialisée en dépendances à l'urgence. Québec: Gouvernement du Québec; 2008.
495. Centre de réadaptation en dépendance Le Virage. Les équipes de liaison spécialisées en dépendance en centre hospitalier, une collaboration réussie pour le Grand Longueuil. 2012-2-11-27 2012. <http://www.levirage.qc.ca/actualites.php?nouvelle=les-equipes-de-liaison-specialisees-en-dependance-en-centre-hospitalier-une-collaboration-reussie-pour-le-grand-longueuil> (accessed 18 aout 2014).
496. Centre de réadaptation en dépendance de Québec. Une nouveauté à l'Hôpital Saint-François d'Assise - Le Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve déploie une nouvelle équipe de liaison à l'urgence 2009. <http://www.newswire.ca/en/story/513113/une-nouveaute-a-l-hopital-saint-francois-d-assise-le-centre-de-readaptation-ubald-villeneuve-deploie-une-nouvelle-equipe-de-liaison-a-l-urgence>.
497. Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean (ASSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean). Évaluation du travail de proximité au Saguenay-Lac-Saint-Jean. Faits saillants de l'évaluation. Faits saillants de l'évaluation, Étude réalisée pour le compte de l'ASSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean; 2006.
498. Deering KN, Kerr T, Tyndall MW, et al. A peer-led mobile outreach program and increased utilization of detoxification and residential drug treatment among female sex workers who use drugs in a Canadian setting. *Drug and alcohol dependence* 2011; 113(1): 46-54.
499. Korf J, Ripper H, Freeman M, et al. Outreach work among drug users in Europe: Concepts, practice, and terminology. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 1999.
500. Strike CJ, O'Gradya C, Myersb T, M M. Pushing the boundaries of outreach work: the case of needle exchange outreach programs in Canada *Social Science & Medicine* 2004; 59(1): 209-19.
501. Hemming M, Morgan S, P OH. Assertive outreach: Implications for the development of the model in the United Kingdom. *Journal of Mental Health* 1999; 8(2): 141-7.
502. Wang K, Fu H, Longfield K, Modi S, Mundy G, Firestone R. Do community-based strategies reduce HIV risk among people who inject drugs in China? A quasi-experimental study in Yunnan and Guangxi provinces. *Harm Reduct J* 2014; 11(15).
503. Zucker DM, Choi JS, Gallagher ER. Mobile outreach strategies for screening hepatitis and HIV in high-risk populations. *Public Health Nurs* 2012; 29(1): 27-35.
504. Vermette G. Orientations régionales en toxicomanie 2005-2010. Québec: Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux Lanaudière; 2005.

505. Tremblay J, Brunelle N, Blanchette-Martin N, et al. Rapport de recherche : Évaluation des Mécanismes d'accès jeunesse en toxicomanie – MAJT. Québec: Université du Québec à Trois-Rivières, 2014.
506. Centre Dollard-Cormier. trajectoire de services et mécanisme d'accès en toxicomanie pour les jeunes âgés de moins de 18 ans de la région de Montréal. Québec, 2006.
507. Desrosiers P. L'implantation du GAIN (Global Appraisal of Individual Needs) comme outil d'évaluation spécialisée au Québec [Présentation Power Point]. Québec: 40<sup>e</sup> colloque AITQ, 2012.
508. Ministère de la Justice du Canada. Programme de financement des tribunaux de traitement de la toxicomanie 2013. <http://www.justice.gc.ca/fra/fina-fund/gouv-gov/ttt-dtc.html>
509. Cour du Québec. Le programme de traitement de la toxicomanie de la cour du Québec (PTTCQ) 2012.
510. Plourde C, Goyette, M., Brochu, S., Alain, M. Évaluation d'implantation. Programme de traitement de la toxicomanie de la Cour du Québec (PTTCQ), 2014.
511. Gagliardi AR, Brouwers MC, Palda VA, Lemieux-Charles L, Grimshaw JM. How can we improve guideline use? A conceptual framework of implementability. *Implement Sci* 2011; 6(26).
512. Kastner M, Estey E, Perrier L, et al. Understanding the relationship between the perceived characteristics of clinical practice guidelines and their uptake: Protocol for a realist review. *Implementation Science* 2011; 6: 69.
513. Lavoie B, Lecavalier M, Angers P, Houle J. Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire. Fondements théoriques et pratiques. Québec: Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances et Suicide Action Montréal, 2012.
514. Amemori M, Michie S, Korhonen T, Murtomaa H, Kinnunen T. Assessing implementation difficulties in tobacco use prevention and cessation counselling among dental providers. *Implement Sci* 2011; 26(6): 50.
515. Kastner M, Estey E, Perrier L, et al. Understanding the relationship between the perceived characteristics of clinical practice guidelines and their uptake: protocol for a realist review. *Implement Sci* 2011; 6(6): 69.
516. Keith R, Hopp F, Subramanian U, Wiitala W, Lowery J. Fidelity of implementation: development and testing of a measure. *Implement Sci* 2010; 30(5): 99.
517. Walters P, Tylee A, Goldberg D. Psychiatry in primary care. In: MURRAY RM, et autres, ed. *Essential Psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press; 2008: 479-97.
518. Substance abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Series: TIP Series - Treatment Improvement Protocols (TIPS). <http://store.samhsa.gov/list/series?name=TIP-Series-Treatment-Improvement-Protocols-TIPS->
519. Beaumont C, Charbonneau R, Delisle J, et al. Toxicomanie, jeu pathologique et troubles mentaux. Pour une intervention efficace des centres de réadaptation et de leurs partenaires. Québec: Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes, 2005.
520. Bertrand K. Intervenir auprès des jeunes et de leur entourage dans les Centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes. Pratiques gagnantes et offre de services de base. Québec: Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ), 2006.
521. Desrosiers P. Les services de désintoxication dans les centres de réadaptation en dépendance meilleures pratiques et offre de services de base dans un contexte de réseau intégré de services. Québec: Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ), 2008.
522. Desrosiers P, Jacques C. Les services en jeu pathologique dans les centres de réadaptation en dépendance. Québec: Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ); 2009. p. 88.
523. Desrosiers P, Ferland F, Blanchette-Martin N. Les services de réinsertion sociale. Québec: Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ), 2012.
524. Mongrain L. Les services à l'entourage des personnes dépendantes. Guide de pratique et offre de services de base. Québec: Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ), 2011.
525. Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie (ASSS de l'Estrie). Au cœur du PSI : la personne et ses proches. Cadre de référence régional sur le plan de services individualisé. Estrie, Québec: ASSS de l'Estrie, 2009.

526. Coulombe R, Boisvert D, Parent G. Les besoins de formation des éducateurs et infirmières utilisant le plan de services individualisé. *Santé mentale au Québec* 1996; 21(2): 181-99.
527. Gouvernement du Québec. Loi sur les services de santé et les services sociaux. Articles de loi 102 et 105. Québec: Gouvernement du Québec; 2015.
528. Gouvernement du Québec. Loi sur les services de santé et les services sociaux. Article de loi 104. Québec: Gouvernement du Québec; 2015.
529. Collectif des centres de réadaptation en déficience intellectuelle. Processus clinique montréalais, 2009.
530. Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ). Guide d'implantation du GAIN. Québec: ACRDQ, 2013.
531. Babor TF, McRee BG, Kassebaum PA, Grimaldi PL, Ahmed K, Bray J. Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT): toward a public health approach to the management of substance abuse. *Subst Abuse* 2007; 28(3): 7-30.
532. Angus C, Latimer N, Preston L, Li J, Purshouse R. What are the Implications for Policy Makers? A Systematic Review of the Cost-Effectiveness of Screening and Brief Interventions for Alcohol Misuse in Primary Care. *Front Psychiatry* 2014; 1(5): 114.
533. Baker A, Lee NK, Claire M, Lewin TJ, Grant T, Pohlman S. Brief cognitive behavioural interventions for regular amphetamine users: A step in the right direction. *Addiction* 2005; 100: 367-78.
534. Bernstein E, Bernstein J, Tassiopoulos K, Heeren T, Levenson S, Hingson R. Brief intervention at a clinic visit reduced cocaine and heroin use. *Drug Alcohol Depend* 2005; 77: 49-59.
535. Muhrer JC. Detecting and dealing with substance abuse disorders in primary care. *Journal for Nurse Practitioners* 2010; 6(8): 597.
536. Mules T, Taylor J, Price R, et al. Addressing patient alcohol use: a view from general practice. *Journal of Primary Health Care* 2012; 4(3): 217-22.
537. Urada D, Teruya C, Gelberg L, Dawson R. Integration of substance use disorder services with primary care: health center surveys and qualitative interviews. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 2014; 9: 15.
538. Rehm J, Allamani A, Della Vedova R, et al. General practitioners recognizing alcohol dependence: A large cross-sectional study in 6 European countries. *Ann Fam mED* 2015; 13: 28-32.
539. Mersy DJ. Recognition of alcohol and substance abuse. *Am Fam Physician* 2003; 1(67): 1529-32.
540. O'Donnell A, Anderson P, Newbury-Birch D, et al. The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: a systematic review of reviews. *Alcohol Alcohol* 2014; 49(1): 66-78.
541. Heather N. The public health and brief interventions for excessive alcohol consumption: the British experience. *Addictive behaviors* 1996; 21(6): 857-68.
542. Anderson P, Gual A, Colom J, (trad.) I. Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves. Paris: projet Primary Health Care European Project on Alcohol (PHEPA), 2008.
543. Le KB, Johnson JA, Seale JP, et al. Primary Care Residents Lack Comfort and Experience with Alcohol Screening and Brief Intervention: A Multi-Site Survey. *J Gen Intern Med* 2015.
544. O'Donnell A, Anderson P, Newbury-Birch D, et al. The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: a systematic review of reviews. *49* 2014; 1(66-78).
545. Ketterer F, Symons L, Lambrechts MC, et al. What factors determine Belgian general practitioner's approaches to detecting and managing substance abuse? A qualitative study based on the I-Change model. *BMC family practice* 2014; 15: 119.
546. Goering PN, Wasylenki D, Farkas M, Lancee W, Ballantyne R. What difference does case management make? *Hosp Community Psychiatry* 1988; 39(3).
547. Gélinas D. Mise à jour des points de repère pour différencier le soutien d'intensité variable du suivi intensif au Québec. *Le partenaire* 2009; 18(3): 4-43.

548. Gélinas D. Points de repère pour différencier la gestion de cas du suivi intensif dans le milieu auprès des personnes souffrant de troubles mentaux graves. *Santé mentale au Québec* 1998; 23(2): 17-48.
549. Descombes C. L'équipe ACT de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas : douze années de suivi intensif dans la communauté. *Le partenaire* 2010; 18(4): 4-6.
550. Drake R, Mueser K, Torrey W, et al. Evidence-based treatment of schizophrenia. *Curr Psychiatry Rep* 2000; 2(5): 393-7.
551. Bond G, Drake R, Mueser K, Latimer E. Assertive community treatment for people with severe mental illness: Critical ingredients and impact on patients. *Disease Management & Health Outcomes* 2001; 9(3): 141-59.
552. Latimer E, Bond G, Drake R. Economic approaches to improving access to evidence-based and recovery-oriented services for people with severe mental illness. *Revue canadienne de psychiatrie* 2011; 56(9): 523-9.
553. Drake RE, McHugo GJ, Clark RE, et al. Assertive community treatment for patients with co-occurring severe mental illness and substance use disorder: a clinical trial. *Am J Orthopsychiatry* 1998; 68(2): 201-15.
554. Essock SM, Mueser KT, Drake RE, et al. Comparison of ACT and standard case management for delivering integrated treatment for co-occurring disorders. *Psychiatric services* 2006; 57(2): 185-96.
555. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Comprehensive Case Management for Substance Abuse Treatment. Rockville, MD: SAMHSA; 2012.
556. Parlement du Canada. Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie: Aperçu des politiques et des programmes au Canada. Rapport 1. 2004.
557. Bedell J, Cohen N, Sullivan A. Case management: The current best practices and the next generation of innovation. *Community Mental Health Journal* 2000; 36(2): 179-94.
558. Hesse M, Vanderplasschen W, Rapp RC, Broekaert E, Fridell M. Case management for persons with substance use disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; 17(4).
559. Siegal HA, Fisher JA, Rapp RC, et al. Enhancing substance abuse treatment with case management: Its impact on employment. *Journal of substance abuse treatment* 1996; 13(2): 93-8.
560. Webster JM, Staton-Tindall M, Dickson MF, Wilson JF, Leukefeld CG. Twelve-month employment intervention outcomes for drug-involved offenders. *The American journal of drug and alcohol abuse* 2014; 40(3): 200-5.
561. Bond GR, Drake RE, Campbell K. Effectiveness of individual placement and support supported employment for young adults. *Early Interv Psychiatry* 2014.
562. Latimer E, Lecomte T, Becker D, et al. Generalisability of the individual placement and support model of supported employment: results of a Canadian randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2006; 189: 65-73.
563. Latimer E, Lecomte T. Le soutien à l'emploi de type "IPS" pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves : une voie d'avenir pour le Québec ? *Santé mentale au Québec* 2002; 27(1): 241-67.
564. Bond G, Drake R, Becker D. An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2008; 31(4): 280-90.
565. Bond G, Drake R, Campbell K. Effectiveness of individual placement and support supported employment for young adults. *Early Interv Psychiatry* 2014.
566. Bond G, Drake R, Becker D. Generalizability of the individual placement and support (IPS) model of supported employment outside the US. *World Psychiatry* 2012; 11: 32-9.
567. Bush PW, Drake RE, Xie H, McHugo GJ, Haslett WR. The long-term impact of employment on mental health service use and costs for persons with severe mental illness. *Psychiatric services* 2009; 60(8): 1024-31.
568. Mueser KT, Torrey WC, Lynde D, Singer P, Drake RE. Implementing evidence-based practices for people with severe mental illness. *Behavior modification* 2003; 27(3): 387-411.
569. Perreault M, Komaroff J, Côté F, Lauzon P. Mot de présentation. Intervention par les pairs en toxicomanie. *Drogues, santé et société* 2013; 12(1).

570. Repper J, Carter T. L'utilisation de l'expérience personnelle pour soutenir ceux ayant des difficultés similaires. Recension des écrits liés au soutien par les pairs au sein des services de santé mentale. Londres (Royaume-Uni): Together/The University of Nottingham/National Survivor User Network. Traduction française éditée en 2012 par l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale et le programme québécois Pairs Aidants Réseau (AQR), Québec (Canada). 2010.
571. Goldstrom ID, Campbell J, Rogers JA, et al. National estimates for mental health mutual support groups, self-help organizations, and consumer-operated services. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 2006; 33(1): 92-103.
572. Piat M, Sabetti J, Couture A, et al. What does recovery mean for me? Perspective of canadian mental health consumers. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2009; 32(3): 199-207.
573. Association pour la Défense des Droits et l'Inclusion des personnes qui Consommement des drogues du Québec (ADDICQ). Accueil. 2011. <http://www.linjecteur.ca/addicq/index.html>
574. Lagueux N, Charles N. Le rôle du pair aidant. In: Réseau PqPA, ed. Formation québécoise spécialisée en intervention par les pairs, manuel du participant, module 2. Québec; 2009.
575. Gélinas D. Mise à jour des points de repère pour différencier le soutien d'intensité variable du suivi intensif au Québec. *Le partenaire* 2006; 18(3): 4-43.
576. Parent N, Fortin F. A randomized, controlled trial of vicarious experience through peer support for male first-time cardiac surgery patients: impact on anxiety, self-efficacy expectation, and self-reported activity. *Heart & Lung : The Journal of Critical Care* 2000; 29: 389-400.
577. Wilson W, Pratt C. The impact of diabetes education and peer support upon weight and glycemic control of elderly persons with noninsulin dependent diabetes mellitus (NIDDM). *American Journal of Public Health* 1987; 77: 634-5.
578. Hoey L, Ieropoli S, White V, Jefford M. Systematic review of peer-support programs for people with cancer. *Patient Education and Counseling* 2008; 70: 315-37.
579. Pearson CR, Micek MA, Simoni JM, al. Randomized control trial of peer-delivered, modified directly observed therapy for HAART in Mozambique. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2007; 46: 238-44.
580. McNeil R, Small W, Lampkin H, Shannon K, Kerr T. People knew they could come here to get help»: an ethnographic study of assisted injection practices at a peer-run 'unsanctioned' supervised drug consumption room in a Canadian setting. *AIDS Behav* 2014; 18(3): 473-85.
581. Crawford S, Bath N. Peer support models for people with a history of injecting drug use undertaking assessment and treatment for hepatitis C virus infection. *Clin Infect Dis* 2013; 57(2): S75-9.
582. Grebely J, Knight E, Genoway K, et al. Optimizing assessment and treatment for hepatitis C virus infection in illicit drug users: a novel model incorporating multidisciplinary care and peer support. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2010; 22(3): 270-7.
583. Clément ME, Tourigny M. Négligence envers les enfants et toxicomanie des parents : portrait d'une double problématique. Québec, 1999.
584. Huang LX, Cerbone FG, JC G. Children at risk because of parental substance abuse. Analyses of Substance Abuse and Treatment Need Issues: SAMHSA Office of Applied Studies, 1998.
585. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Results from the 2009. National Survey on Drug Use and Health: Volume I. Summary of National Findings. Rockville, MD.: Office of Applied Studies, NSDUH Series H-38A, HHS Publication No. SMA 10-4856Findings; 2010.
586. Charbonneau R, Fafard F, Lépine P, Sapin-Leduc A. Centre de réadaptation en dépendance de Montréal -Institut universitaire. Parentalité et dépendance. Québec, 2014.
587. Molgaard VK, Spoth RL, C R. Competency Training The Strengthening Families Program: For Parents and Youth 10-14. In: U.S. Department of Justice OoJP, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, editor.; 2000.
588. Tsemberis S. «Housing First» approach. In: Levinson D, ed. Encyclopedia of Homelessness. Thousand Oaks, London: Sage Reference Publication; 2004: 227-31.
589. Kertesz SG, Crouch K, Milby JB, Cusimano RE, JE S. Housing first for homeless persons with active addiction: Are we overreaching? *The Milbank quarterly* 2009; 87(2): 495-534.

590. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Améliorer la santé des Canadiens : 2007-2008 – Santé mentale et itinérance. Ottawa: ICIS, 2007.
591. Tsemberis S, Eisenberg RF. Pathways to housing: Supported housing for street-dwelling homeless individuals with psychiatric disabilities. *Psychiatric services* 2000; 51(4): 487-93.
592. Gulcur L, Stefancic A, Shinn M, Tsemberis S, S F. Housing, hospitalization and cost outcomes for homeless individuals with psychiatric disabilities participating in Continuum of Care and Housing First Programmes. *Journal of Community & Applied Social Psychology* 2003; 13(2): 171-86.
593. Larimer ME, Malone DK, Garner MD, et al. Health care and public service use and costs before and after provision of housing for chronically homeless persons with severe alcohol problems. *Journal of the American Medical Association* 2009; 304(13): 1349-57.
594. Nelson G, T. A, Lafrance A. A review of the literature on the effectiveness of housing and support, assertive community treatment, and intensive case management interventions for persons with mental illness who have been homeless *American Journal of Orthopsychiatry* 2007; 77(3): 350-61.
595. Commission de la santé mentale du Canada. Résumé du rapport final du projet pancanadien chez soi. Commission de la santé mentale du Canada; 2014.
596. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Efficacité de l'approche « logement d'abord » pour les personnes en situation d'itinérance vivant avec des troubles mentaux ou des troubles liés aux substances psychoactives. Rapport rédigé par Isabelle Beaudoin. Sous la direction de Sylvie Bouchard. 2014;10(1):1-45
597. Center for Substance Abuse Treatment (CSAT). Substance Abuse Treatment for Persons with Co-occurring Disorders. Rockville (MD), USA: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2005.
598. Santé Canada. Le fonds pour l'adaptation des services de santé ; série de rapports de synthèse, la prestation de services intégrés, 2002b.
599. Santé Canada. Le fardeau économique de la maladie au Canada, 1998: gouvernement du Canada, 2002a.
600. Drake RE, Bartels SJ, Teague GB, Noordsy DL, Clark RE. Treatment of Substance Abuse in Severely Mentally Ill Patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 1993; 181(10): 606-11.
601. Skinner HA. The Drug Abuse Screening Test. *Addictive behaviors* 1982; 7(4): 363-71.
602. Barabé P, Jauron A, Maisi P. Les enjeux cliniques d'un programme intégré pour le traitement des troubles psychotiques et de toxicomanie. *Le partenaire* 2008; 15(3): 14-7.
603. Bukstein OG, Horner MS. Management of the adolescent with substance use disorders and comorbid psychopathology. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 2010; 19(3): 609-23.
604. Donald M, Dower J, Kavanagh D. Integrated versus non-integrated management and care for clients with co-occurring mental health and substance use disorders: A qualitative systematic review of randomised controlled trials. *Social Science and Medicine* 2005; 60(6): 1371-83.
605. Drake RE, Torrey WC, McHugo GJ. Strategies for implementing evidence-based practices in routine mental health settings. *Evidence-based mental health* 2003; 6(1): 6-7.
606. Jeffery DP. Psychological treatment programmes for people with both severe mental illness and substance misuse. Chicester: Wiley; 2007.
607. Hunt GE, Siegfried N, Morley K, Sitharthan T, Cleary M. Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Schizophr Bull* 2014; 40(1): 18-20.
608. Bertrand K, Ménard J-M, Picher F, Fines L, Richer I. Toxicomanie et troubles mentaux sévères : projet de formation croisée par rotation positionnelle. Vers une amélioration du dépistage, de l'évaluation et du traitement intégré des troubles concomitants. Québec, 2008.
609. 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.
610. Institut universitaire en santé mentale de Montréal. Dépendances et santé mentale. 2014. <http://www.iusmm.ca/dependance-et-sante-mentale.html>

611. Dubreucq S, Chanut F, Jutras-Aswad D. Traitement intégré de la comorbidité toxicomanie et santé mentale chez les populations urbaines : la situation montréalaise. *Santé mentale au Québec* 2012; 37(1): 31-46.
612. Najavits LM, DA H. Helping vulnerable populations: a comprehensive review of the treatment outcome literature on substance use disorder and PTSD. *J Clin Psychol* 2013; 69(5): 433-79.
613. Perreault M, Wiethaeper D, Perreault N, Bonin J-P, Brown TG, Brunaud H. Meilleures pratiques et formation dans le contexte du continuum des services en santé mentale et en toxicomanie : le programme de formation croisée du sud-ouest de Montréal. *Santé mentale au Québec* 2009; 34(1): 143-60.
614. Simmonds M. Substance abuse and infectious disease: Cross-training for collaborative systems prevention, treatment and care. Center of Substance Abuse Treatment (CSAT); 2003.
615. Douglas Institut universitaire en santé mentale. Programme de formation croisée sur les troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie. Activités de formation pour un meilleur fonctionnement des services en réseau. <http://www.douglas.qc.ca/section/formation-croisee-118>
616. Glouberman S, Mintzberg H. Managing the care of health and the cure of disease--Part I: Differentiation. *Health Care Manage Rev* 2001; 26(1): 56-69.
617. Provan KG. Services integration for vulnerable populations: Lessons from community mental health. *Family & Community Health* 1997; 19(4): 19-30.
618. Gillies RR, Shortell SM, Anderson DA, Mitchell JB, Morgan KL. Conceptualizing and measuring integration: findings from the health systems integration study. *Hosp Health Serv Adm* 1993; 38(4): 467-89.
619. Fleury M-J. Integrated service networks: The Quebec case. *Health Services Management Research* 2006; 19(3): 153-65.
620. Shortell S, Gillies R, Devers K. Reinventing the American hospital. *Milbank Quarterly* 1995; 73(2): 131-60.
621. Fleury M-J, Mercier C. Integrated local networks as a model for organizing mental health services. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 2002; 30(1): 55-73.
622. Fleury M-J. Models of integrated service networks and key conditions for their operationalization. *International Journal of Integrated Care* 2005; 5: 1-14.
623. Hebert R, Durant J. PRISMA: A new model of integrated service delivery for the frail older people in Canada. *International Journal of Integrated Care* 2003; 3(8).
624. Park SH. Managing an interorganizational network: A framework of the institutional mechanism for network control. *Organization Studies* 1996; 17(5): 1-11.
625. Fleury M-J, Tremblay M, Nguyen H, Bordeleau L. Le système sociosanitaire au Québec. Gouvernance, régulation et participation. Québec; 2007.
626. Fleury M-J, Grenier G, Ouadahi Y. Les réseaux intégrés de services : notion, modélisations et mise en oeuvre. In: Fleury J-M, Tremblay M, Nguyen H, Bordeleau L, eds. Le système sociosanitaire au Québec Régulation, gouvernance et participation; 2007.
627. Wagner EH. Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice* 1998; 1(1): 2-4.
628. University of Birmingham (HSMC), Insitute for innovation and improvement (NHS). Improving Care for People with Long-Term Conditions. A Review of UK and International Frameworks: HSMC et NHS, 2006.
629. American Society of Addiction Medicine (ASAM). Public Policy Statement: Definition of Addiction. 2011. [http://www.asam.org/docs/public-policy-statements/1definition\\_of\\_addiction\\_long\\_4-11.pdf?sfvrsn=2](http://www.asam.org/docs/public-policy-statements/1definition_of_addiction_long_4-11.pdf?sfvrsn=2)
630. McLellan A, Starrels J, Tai B, et al. Can substance use disorders be managed using the chronic care model? Review and recommendations from a NIDA consensus group. *Public Health Reviews* 2014; 35: epub ahead of print(2).
631. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action. Genève: OMS, 2002.



632. Wagner E, Austin B, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: Translating evidence into action. *Health affairs* 2001; 20(6): 64-78.
633. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *Journal of American Medical Association* 2002; 288(14): 1775-9.
634. Stroebe R, Gloor B, Freytag S, et al. Adapting the chronic care model to treat chronic illness at a free medical clinic. *J Health Care Poor Underserved* 2005; 16(2): 286-96.
635. Scott J, Thorne J, Horn P. Quality improvement report: Effect of a multifaceted approach to detecting and managing depression in primary care. *British Medical Journal* 2002; 325(7370): 951-4.
636. Landon B, Wilson I, McInnes K, et al. Effects of a quality improvement collaborative on the outcome of care of patients with HIV infection: the EQHIV study. *Ann Intern Med* 2004; 140(11): 887-96.
637. Francke AL, Smit MC, de Veer AJ, Mistiaen P. Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: a systematic meta-review. *BMC Med Inform Decis Mak* 2008; 8(38).
638. Leykum LK, Pugh J, Lawrence V, et al. Organizational interventions employing principles of complexity science have improved outcomes for patients with Type II diabetes. *Implement Sci* 2007; 2(28).
639. FitzGerald JM, Boulet LP, McIvor RA, Zimmerman S, Chapman KR. Asthma control in Canada remains suboptimal: The Reality of Asthma Control (TRAC) Study. *Canadian Respiratory Journal* 2006; 13(5): 253-9.
640. Gagnon MP, Labarthe J, Légaré F, et al. Measuring organizational readiness for knowledge translation in chronic care. *Implement Sci* 2011; 6(72).
641. Weiner BJ, Amick H, Lee SY. Review: Conceptualization and measurement of organizational readiness for change: A review of the literature in health services research and other fields. *Med Care Res Rev* 2008; 65(4): 379-436.
642. Woltmann E, Grogan-Kaylor A, Perron A, Georges H, Kilbourne A, Bauer M. Comparative effectiveness of collaborative chronic care models for mental health conditions across primary, specialty, and behavioral health care settings: systematic review and meta-analysis. *The American journal of psychiatry* 2012; 169: 790-804.
643. Committee on Quality of Health Care in America. Shaping the Future for Health. Crossing the quality chasm : a new health system for the 21<sup>st</sup> century. USA: Institute of Medicine, 2001.
644. Epstein RM, Street RL. The Values and Value of Patient-Centered Care. *Ann Fam Med* 2011; 9(2): 100-3.
645. Lewis S. Patient-Centered Care: An Introduction to What It Is and How to Achieve It A Discussion Paper for the Saskatchewan Ministry of Health, 2009.
646. Sidani S. Effects of patient-centered care on patient outcomes: an evaluation. *Res Theory Nurs Pract* 2008; 22(1): 24-37.
647. Charmel PA, Frampton SB. Building the business case for patient-centered care. 2008; 62(3): 80-5.
648. Patient-Centered Primary Care Collaborative (PCPCC). Defining the Medical Home. A patient-centered philosophy that drives primary care excellence. <http://www.pcpcc.org/about/medical-home>
649. Cruickshank J. The patient-centered medical home approach to improve dyslipidemia outcomes. *Journal of the American Osteopathic Association* 2010; 110(4): eS3-eS5.
650. Collège des médecins de famille du Canada (CMFC). Les soins de première ligne centrés sur les patients au Canada : Concept du Medical Home, 2009.
651. Gladu FP. La pénurie réelle ou ressentie de médecins de famille au Québec. Peut-on y remédier? *Canadian Family Physician* 2007; 53(11): 1871-3.
652. Simonet D. Changes in the delivery of primary care and in private insurers' role in United Kingdom, Italy, Germany, Switzerland and France. *Journal of Medical Marketing* 2009; 9(2): 93-103.
653. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : quels enseignements pour la France ? *Questions d'économie de la santé* 2007; 127: 1-8.

654. McAvoyn R, Coster G. General practice and the New Zealand reforms- lessons for Australia? *Australia and New Zealand Health Policy* 2005; 2: 26.
655. Young J, Gilwee J, Holman M, Messier R, Kelly M, Kessler R. Mental health, substance abuse, and health behavior intervention as part of the patient-centered medical home: a case study. *Transl Behav Med* 2012; 2(3): 345-54.
656. American Society of Addiction Medicine (ASAM). Public Policy Statement On the Patient-Centered Medical Home. USA: ASAM, 2008.
657. Conseil canadien de la santé. Soutien à l'autogestion : Point de mire sur les soins de santé primaires. Canada, 2012.
658. Audulv A, Kenneth A, Karl-Gustaf N. The Integration of Chronic Illness Self-Management. *Qualitative Health Research* 2012; 22(3): 332-45.
659. Aikens JE, Rosland AM, Piette JD. Improvements in illness self-management and psychological distress associated with telemonitoring support for adults with diabetes. *Prim Care Diabetes* 2014.
660. Silva D. Evidence: Helping people help themselves. A review of the evidence considering whether it is worthwhile to support self-management. London: The Evidence Centre, 2011.
661. Zhou B, Zhang P, Gu Y. Effectiveness of self-management training in community residents with chronic schizophrenia: a single-blind randomized controlled trial in Shanghai, China. *Shanghai Arch Psychiatry* 2014; 26(2): 81-7.
662. Anzai N, Yoneda S, Kumagai N, Nakamura Y, Ikebuchi E, Liberman R. Training long-term schizophrenic inpatients in illness self-management: A randomized controlled trial. *Psychiatric services* 2002; 53: 545-7.
663. Mueser KT, Corrigan PW, Hilton DW, et al. Illness management and recovery: A review of the research. *Psychiatric services* 2002; 53: 1272-84.
664. Steigman P, Pickett S, Diehl S, et al. Psychiatric symptoms moderate the effects of mental illness self-management in a randomized controlled trial. *J Nerv Ment Dis* 2014; 3: 193-9.
665. Starnino V, Mariscal S, Holter M, et al. Outcomes of an illness self-management group using wellness recovery action planning. *Psychiatr Rehabil J* 2010; 34(1): 57-60.
666. Bayliss E, Bosworth H, Noelk P, Wolff L, Damush T, Mciver L. Supporting self-management for patients with complex medical needs: recommendations of a working group. 3 2007: 167-75.
667. Dive L. Self-management. Visions - *Association canadienne pour la santé mentale* 2003; 18.
668. Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS). Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens. Québec: Gouvernement du Québec; 2005. p. 96.
669. 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 – La force des liens,. Québec: Gouvernement du Québec; 2011. p. 54.
670. Jones A. Hospital care pathways for patients with schizophrenia. *Journal of Clinical Nursing* 2001; 10(1): 58-69.
671. Ricard N, autres e. Évaluation multicentrique d'un modèle de coordination de soins et services en milieu institutionnel basé sur le suivi systématique des clientèles présentant des troubles graves de santé mentale. Québec: FRSQ, 2005.
672. Ricard N, autres e. Évaluation multicentrique d'un modèle de coordination de soins et services en milieu institutionnel basé sur le suivi systématique des clientèles présentant des troubles graves de santé mentale. Québec: rapport de recherche déposé au FRSQ, 2008.
673. Kates N, Craven M, Bishop J, et al. Shared mental health care in Canada. *Can J Psychiatry* 1997; 42(8): suppl 12 pp.
674. Joffe R, Levitt C, Kates N. Shared mental health care in Canada: a timely document. *Can J Psychiatry* 1997; 42(8): 809-12.
675. Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS). Projet de loi no 83 – Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives. Québec: Gouvernement du Québec; 2005. p. 134.

676. Gask L, Sibbald B, Creed F. Evaluating models of working at the interface between mental health services and primary care. *Br J Psychiatry* 1997; 170: 6-11.
677. Kates N, Craven M, Collaborative Working Group of the College of Family Physicians of Canada CPA. Shared mental health care. Update from the Collaborative Working Group of the College of Family Physicians of Canada and the Canadian Psychiatric Association. *Can Fam Physician* 2002; 48: 936.
678. Craven MA, Bland R. Shared mental health care: a bibliography and overview. *Can J Psychiatry* 2002; 47(2 Suppl 1): iS-viiiS, 1S-103S.
679. Bower P, Gilbody S. Stepped care in psychological therapies: Access, effectiveness and efficiency. Narrative literature review. *British Journal of Psychiatry* 2005; 186: 11-7.
680. Morden NE, Mistler LA, Weeks WB, Bartels SJ. Health care for patients with serious mental illness: family medicine's role. *Journal of the American Board of Family Medicine* 2009; 22(2): 187-95.
681. Bosco C. Health Human Resources in Collaborative Mental Health Care. Canada: Canadian Collaborative Mental Health Initiative, 2005.
682. Craven M, Bland R. Better practices in collaborative mental health care: an analysis of the evidence base. *Can J Psychiatry* 2006; 51 (6 Suppl 1): 7s-72s.
683. Hedrick S, Chaney E, Felker B, et al. Effectiveness of collaborative care depression treatment in Veterans' Affairs primary care. *J Gen Intern Med* 2003; 18(1): 9-16.
684. Hunkeler E, Meresman J, Hargreaves W, et al. Efficacy of nurse telehealth care and peer support in augmenting treatment of depression in primary care. *Arch Fam Med* 2000; 9(8): 700-8.
685. Katzelnick D, Simon G, Pearson S, et al. Randomized trial of a depression management program in high utilizers of medical care. *Arch Fam Med* 2000; 9(4): 345-51.
686. Walker HA, Thye SR, Simpson B, Lovaglia MJ, Willer D, Markovsky B. Network Exchange Theory: Recent Developments and New Directions. *Social Psychology Quarterly* 2000; 63(4): 324-37.
687. Katon W, Von Korff M, Lin E, et al. Stepped collaborative care for primary care patients with persistent symptoms of depression: A randomized trial. *Archives of general psychiatry* 1999; 56(12): 1109-15.
688. Swindle R, Rao J, Helmy A, et al. Integrating clinical nurse specialists into the treatment of primary care patients with depression. *Int J Psychiatry Med* 2003; 33(1): 17-37.
689. Peveler R. Befriending can lead to remission in women with chronic depression. *Western Journal of Medicine* 1999; 171(4): 241.
690. Katon W, Von Korff M, Lin E, et al. Collaborative management to achieve treatment guidelines. Impact on depression in primary care. *JAMA : the journal of the American Medical Association* 1995; 273(13): 1026-31.
691. Katon W, Robinson P, Von Korff M, et al. A multifaceted intervention to improve treatment of depression in primary care. *Archives of general psychiatry* 1996; 53(10): 924-32.
692. Project MATCH Research Group. Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 1998; 22(6): 1300-11.
693. Hubbard R, Marsden M, Rachal J, Harwood H, Cavanaugh E, Ginzburg H. Drug abuse treatment: A national study of effectiveness. *Chapel Hill: University of North Carolina Press* 1989.
694. Simpson D, Sells, S. Effectiveness of treatment for drug abuse: An overview of the DARP research program. *Advances in Alcohol and Substance abuse*. 2 1982: 7-29.
695. Simpson D, Sells, S. Opioid Addiction and Treatment: A 12 Year Follow-up. *Malabar, FL, R E Krieger* 1990.
696. Schildhaus S, Gerstein, D., et coll. Services Research Outcomes Study: Overview of drug treatment population and outcomes. *Substance Use and Misuse* 2000; 35(12-14): 1849-77.
697. Gossop M, Marsden, J., et coll. The National Treatment Outcome Research Study in the United Kingdom: Six month follow-up outcomes. *Psychology of Addictive Behaviors* 1997; 11(4): 324-37.
698. Gossop M, Marsden, J., Stewart, D., Kidd, T. The National Treatment Outcome Research Study (NTORS): 4-5 year follow-up results. *Addiction* 2003; 98(3): 291-303.

699. Hubbard R, Craddock, S., et coll. Overview of 1-year follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors* 1997; 11(4): 261-78.
700. Hubbard R, Craddock, SG., Anderson, J. Overview of 5-year follow-up outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS). *Journal of substance abuse treatment* 2003; 3: 125-34.
701. Ross J, Teesson, M., Darke, S., Lynskey, M., Ali, R., Ritter, A. and Cooke, R. Twelve month outcomes of treatment for heroin dependence: Findings from the Australian Treatment Outcome Study. *Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre* 2004.
702. Darke S, Ross, JE., Mills, K., Williamson, AB., Havard, AE. & Teesson, M. Patterns of sustained heroin abstinence amongst long-term, dependent heroin users: 36 months findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS). *Addictive behaviors* 2007; 32: 1897-906.
703. Marel C, Teesson, M., Darke, S., Mills, K., Ross, J., Slade, T., Burns, L., Lynskey, M., Ewer, P., Memedovic, S., White, J. Long-term outcomes of treatment for heroin dependence – the Australian Treatment Outcome Study: Preliminary findings from the 11-year follow-up. Poster presented at the National Drug and Alcohol Centre Annual Symposium. Sydney, Australia; 2012.
704. COMBINE Research Group. Testing combined pharmacotherapies and behavioral interventions in alcohol dependence: Rationale and methods. *Alcohol: Clinical and Experimental Research* 2003; 27(7): 1107-22.
705. Goldstein A, Herrera, J. Heroin addicts and methadone treatment in Albuquerque: A 22 year follow-up. *Drug and alcohol dependence* 1995; 40: 139-50.
706. Gerstein D.R. J, R.A., et coll. Evaluating Recovery Services: The California Drug and Alcohol Treatment Assessment (CALDATA) General Report. Sacramento, CA, California Department of Alcohol and Drug Programs, 1994.
707. Gerstein DR, Datta, A. R., et coll. National Treatment Improvement Evaluation Study, Final Report. Submitted to Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Chicago, IL: National Opinion Research Center, University of Chicago, 1997.
708. McGlothlin W, Anglin, M., et coll. An evaluation of the California Civil Addict Program. Washington DC, US Government Printing Office, 1977.
709. Hser Y, Anglin, M., et coll. A 24-year follow-up of Californian narcotics addicts. *Archives of general psychiatry* 1993; 50: 577-84.
710. Hser Y, Hoffman, V., et coll. A 33-year follow-up of narcotics addicts. *Archives of general psychiatry* 2001; 58(5): 503-8.
711. Comiskey CM, Kelly, P., Leckey, Y., McCulloch, L., O'Duill, B., Stapleton, R.D., White, E. The ROSIE Study Drug Treatment Outcomes in Ireland, 2009.
712. Moos RH. M, BS. Participation in treatment and Alcoholics Anonymous: a 16-year follow-up of initially untreated individuals. *J Clin Psychol* 2006; 62(6): 735-50.
713. Jones A, Donmall, M., Millar, T., Moody, A., Weston, S., Anderson, T., Gittins, M., Abeywardana, V. and D'Souza, J. The Drug Treatment Outcomes Research Study: Final outcomes report. London: Home Office, 2009.
714. Barnard M, Webster, S., O'Connor, W., Jones, A. and Donmall, M. The Drug Treatment Outcomes Research Study: Qualitative study. London: Home Office, 2009.
715. Davies L, Jones A, Vamvakas G, Dubourg R, Donmall M. The Drug Treatment Outcomes Research Study: cost-effectiveness analysis. London: Home Office, 2009.
716. Fleming MF, Barry, K. L., Manwell, L. B., et coll. Brief physician advice for problem drinkers. A randomised controlled trial in community-based primary care practices. *JAMA : the journal of the American Medical Association* 1997; 277: 1039-45.
717. Fleming MF, Mundt, M.P., French, M.T., et coll. Benefit-cost analysis of brief physician advice with problem drinkers in primary care settings. *Medical Care* 2000; 38: 7-18.
718. Termorshuizen F, Krol, A., Prins, M., Van Ameijden, E.J. . Long-term outcome of chronic drug use: the Amsterdam Cohort Study among Drug Users. *Am J Epidemiol* 2005; 161(3): 271-9.
719. Stimson GV, Ogborne, A. C. Survey of addicts prescribed heroin at London Clinics. *Lancet* 1970; 1: 163-6.

720. Oppenheimer E, Tobutt, C., Taylor, C., Andrew, T. Death and survival in a cohort of heroin addicts from London clinics: a 22-year follow-up study. *Addiction* 1994; 89(10): 1299-308.
721. Vaillant G. A 12-year follow-up of New York narcotic addicts. 3. Some social and psychiatric characteristics. *Archives of general psychiatry* 1966; 1966 Dec; 15(6): 599-609.
722. Vaillant G. A 20-year follow-up of New York narcotic addicts. *Archives of general psychiatry* 1973; 29(2): 237-41.
723. De Leon G, Wexler, H., et coll. The therapeutic community: Success and improvement rates 5 years after treatment. *International Journal of the Addictions* 1982; 17(4): 703-47.
724. Brochu S, Landry M, Bergeron J, Chiocchio F. The Impact of a Treatment Process for Substance Users as a Function of the Degree of Exposure to Treatment. *Substance Use & Misuse* 1997; 32(14): 1993-2011.
725. Brochu S, Bergeron J, Landry M, Germain M, Schneeberger P. The Impact of treatment on criminalized substance addicts. *Journal of Addictive Diseases* 2002; 21(3): 23-41.
726. Nadeau L, Cournoyer L-G, Landry M. Étude descriptive et évaluative d'un programme d'intervention sur la comorbidité : toxicomanie - troubles mentaux. Rapport de recherche soumis au Conseil québécois de la recherche sociale. ISBN 2-921486-21-08, 2001.
727. Brochu S, Cournoyer L-G, Tremblay J, Bergeron J, Brunelle N, Landry M. Understanding treatment impact on drug-addicted offenders. *Substance Use & Misuse* 2006; 41(14): 1937-49.

**CENTRE DE RÉADAPTATION  
EN DÉPENDANCE DE MONTRÉAL**

*Institut universitaire*

