

Montréal, le 11 novembre 2022

PAR COURRIEL :

Objet : Conseils scientifiques visant à identifier des stratégies à adopter avec les clients psychotiques et consommateurs qui font la porte tournante à l'urgence-hospitalisation en psychiatrie de courte durée.

Type de demande : Cas clinique couramment rencontré

Vous avez fait une demande de conseils scientifiques au Centre d'Expertise et de Collaboration en Troubles Concomitants (CECTC) afin d'obtenir un avis sur les meilleures stratégies à adopter pour améliorer la qualité des soins apportés aux personnes vivant avec une dualité de troubles psychotiques primaires et trouble d'usage de substances psychoactives (particulièrement les amphétamines) et qui peuvent avoir tendance à se présenter à l'urgence et être hospitalisés en psychiatrie, généralement dans un état halluciné, délirant et désorganisé, en plus de démontrer des signes d'agressivité pouvant poser un risque pour leur sécurité ou celle des autres. Vous évoquez également une problématique reliée au refus fréquent de la part de ces personnes de cesser ou diminuer leur consommation et à une possible absence de volonté de collaborer aux interventions et aux suivis pouvant être mis en place. Il convient d'en déduire que cette situation complexe peut mener au phénomène de « porte tournante » à l'urgence, qui perdure malgré l'émission d'ordonnance de soins ou d'hébergement. Votre question porte conséquemment sur l'identification de méthodes d'intervention optimales permettant de venir en aide à cette clientèle spécifique, tout en évitant les hospitalisations répétées et en minimisant les risques pour la sécurité du personnel hospitalier. Les stratégies potentiellement applicables peuvent se regrouper en trois séries d'étapes complémentaires, soit celles de l'évaluation (étapes préliminaires), celles des interventions directes et celles de la continuité post-hospitalisation.

1. Étapes préliminaires : Évaluation intégrée et sécurisation.

Ces situations complexes requièrent indubitablement la mise en place d'un ensemble des stratégies dont le point de départ peut se focaliser sur la sécurisation et l'évaluation intégrée de la personne avec comme objectif central de stabiliser la crise lors de l'admission à l'urgence et de lui insuffler un sentiment de confiance et de confort. Cette étape préparatoire inclut notamment l'estimation et la gestion des risques de suicide et de violence envers autrui. Ces évaluations pourraient être réalisées en tenant compte du contexte qui prévalait avant l'admission (facteurs de risque, facteurs précipitants et facteurs de protection), des impacts du contexte d'hospitalisation, ainsi que de la situation qui s'appliquera lors du congé de l'hôpital (facteurs de risque et de protection). Ces évaluations doivent se faire à l'aide d'[outils de jugement clinique structurés et validés](#), par exemple : [l'échelle Columbia](#) d'évaluation de la gravité du risque suicidaire, le [Suicidal Ideation Attributes Scales](#) – français, [l'évaluation globale du risque de suicide par le personnel infirmier](#), le Short Term Assessment of Risk and Treatability (START) (Webster et al. 2001) ou les outils complémentaires d'évaluation du risque d'homicide comme le Historical Clinical Risk Management-20 ([HCR-20](#)). Ces approches comprennent des combinaisons de mesures autodéclarées, d'entretiens et

d'observations réalisés par du personnel qualifié. Les outils choisis, bien qu'ils jouent un rôle déterminant dans le processus d'évaluation, doivent servir à étayer le jugement clinique, tout en fournissant des informations complémentaires permettant de soutenir une prise de décisions cliniques et une planification du traitement les plus justes possible. Les risques de violence intrafamiliale (envers des proches au sens large) ou en contexte conjugal devraient également être considérés. En vue de la continuité des services (voir section 3), incluant le monitoring une fois en communauté, il y a un net avantage à ce que les outils soient utilisés par l'ensemble des intervenants qui offriront des services sur la trajectoire de soins, suivant leurs champs de compétences respectifs. Ils constitueront donc une interface efficace à titre de référence commune pour l'ensemble des intervenants.

Dans le cadre de l'évaluation, une considération importante pourrait être accordée à l'évaluation et la caractérisation de la personne dans son ensemble en tentant notamment d'adopter une vision intégrée et multifactorielle de la situation pour analyser les besoins, mettre en œuvre des interventions appropriées et prioriser celles-ci en fonction des objectifs poursuivis. Les personnes qui présentent à la fois des troubles psychotiques et des troubles d'usage de substances psychoactives, et qui font l'objet de brèves hospitalisations à répétition, sont généralement confrontées à d'autres difficultés psychosociales qui se manifestent en parallèle. Si la détérioration de l'état de santé mentale ou le niveau du risque d'acte auto ou hétéro-agressif a été à l'origine de la décision d'hospitaliser la personne (avec ou contre son gré), rapidement, la plupart de ces personnes peuvent signer un refus de traitement qui ne peut faire l'objet d'une opposition. Ces personnes se retrouvent donc, peu de temps après leur admission, dans leur situation d'origine, ou à risque de l'être et de répéter le même patron d'hospitalisation. Pour tenter d'éviter l'instauration ou la perpétuation de ce phénomène de porte tournante à l'urgence, dès l'admission, il pourrait être utile qu'un ensemble d'éléments soient pris en compte pour l'analyse et la compréhension de ce qui a mené cette personne à être hospitalisée, et que les vulnérabilités qui ont contribué à son hospitalisation ou qui contribuent à la récurrence des hospitalisations (ou des visites à l'urgence), soient adressées dans le plan d'intervention. Une liste non exhaustive de tels éléments pourrait inclure : l'état mental, la présence de déficience(s) intellectuelle(s), l'utilisation de substances psychoactives, l'état émotionnel, le réseau de soutien (familial, social, communautaire), les ressources matérielles, les auto-soins, l'observance à la médication, la judiciarisation, les stratégies d'adaptation (coping). Cet exercice pourrait également inclure l'identification des facteurs précipitants vers une consommation accrue ou vers la détérioration de l'état mental. L'obtention de ces informations pourrait nécessiter différents niveaux d'implication de la part d'intervenants aux compétences complémentaires (par exemple : formation, recommandations, soutien clinique, implication directe auprès de la personne, collecte d'information auprès des proches et autres dispensateurs de services). Ces collaborations doivent alors être facilitées, voire favorisées, avec flexibilité et agilité au sein des organisations pour s'assurer de minimiser les chances de voir le phénomène de porte tournante se maintenir et se chroniciser (voir section 2).

2. Interventions : une diversité de solutions intégrées vers la réussite, quelle que soit sa définition.

La mise en place d'interventions planifiées et structurées dans le but de diminuer ou d'éviter la perpétuation des hospitalisations aurait avantage à s'appuyer sur la collaboration et la confiance entre la personne et les intervenants ou le personnel soignant. Le développement d'une alliance thérapeutique devrait ainsi être favorisé, puis reconnu, indépendamment si celle-ci s'est établie avec un intervenant du réseau ou d'un organisme communautaire. Si l'intervenant évalue l'alliance thérapeutique, il le fait généralement à partir de son point de vue, alors que les bénéfices issus de la présence d'une alliance thérapeutique émergent de la perception que le client a de cette relation d'aide. Son principal impact se situe au niveau de l'adhésion au traitement. L'alliance thérapeutique tend en effet à améliorer l'ouverture de la personne à s'exposer à un traitement, qu'il soit d'ordre pharmacologique ou psychosocial. La nature et les modalités des services qui tiennent compte du profil des personnes visées auront aussi davantage de chances de permettre l'atteinte de résultats et encore plus s'il y a combinaison avec la présence d'une alliance thérapeutique. Dans une perspective d'intégration des soins, qui permet d'agir sur la personne dans sa globalité, le concept d'alliance

thérapeutique sous-tend la collaboration de l'ensemble des soignants, tout champ d'expertise confondu et ce, dans un esprit de souplesse, d'ouverture et de respect (CCSA 2013).

Dans l'optique d'offrir des soins intégrés, la collaboration entre l'ensemble des champs d'intervention permet d'élaborer une programmation clinique en adéquation avec les besoins exprimés et observés. Les données disponibles dans la littérature scientifique suggèrent que le fait d'axer la programmation clinique sur un ensemble de facteurs et de stratégies permettant d'adresser les troubles de santé mentale et de dépendance de front augmente le succès de la prise en charge de cette clientèle spécifique (INESSS 2016). Une programmation clinique, de groupe et individuelle selon l'état clinique de chaque personne, pourrait viser la conscientisation et la mobilisation, tout en étant axée sur la reconnaissance des vulnérabilités et des moyens d'action et, dans une mesure au moins équivalente, des forces contribuant à réduire le risque d'abus de substances, de détérioration de l'état mental et par conséquent d'hospitalisation. L'ensemble des intervenants offrant ces services cliniques seraient ainsi en mesure d'aborder la santé mentale et la dépendance, incluant les liens entre ces deux problématiques et leur influence sur les autres sphères de la vie de l'individu (Minkoff et Cline 2004; INESSS 2016). Une telle programmation inclurait l'ajout d'interventions axées sur la santé mentale dans le cadre de traitements de la dépendance et vice-versa (Gotham et al. 2010). Suivant cette approche, les troubles de santé mentale et de dépendance devraient être considérés comme ayant le même niveau de priorité. Les stratégies à adopter peuvent être multiples et devraient s'intégrer dans un plan individualisé qui répond au profil de la personne soignée et qui est ancré dans des valeurs de tolérance et de bienveillance. La nature exacte du contenu clinique à aborder, les modalités d'intervention, la fréquence et la durée de l'intervention, reflèteraient ainsi le souci de répondre aux besoins de chaque personne en tenant compte de sa réceptivité, sa motivation, ses caractéristiques bio-sociales (ex. : genre, ethnicité), son style d'apprentissage et ses capacités relationnelles (suivant le modèle « risque-besoin-réceptivité », voir Andrews, Bonta & Hoge 1990). Les intervenants au sein des différentes équipes impliquées dans la trajectoire doivent donc faire preuve de flexibilité, d'agilité (capacité de s'ajuster au bon moment, parfois rapidement) et de créativité afin que chaque personne qui reçoit les services puisse reconnaître que ceux-ci sont adaptés à ses besoins et à ses objectifs propres. Puisque l'imposition stricte de mesures d'abstinence ou l'émission d'ordonnances visant à imposer la réduction de la consommation chez une population adulte vivant avec des troubles concomitants tend généralement vers des résultats sous-optimaux, il conviendrait de prôner des approches fondées sur les principes de réduction des méfaits et de contingence (Peel 2016; Werb et al. 2016).

Dans le cadre d'interventions personnalisées et focalisées notamment sur la réduction des méfaits, l'utilisation de certaines stratégies pourrait être envisagée afin d'augmenter les chances de succès :

- i. Utiliser l'entretien motivationnel : Dans un contexte de phénomène de porte tournante, il pourrait être avantageux de miser sur la fréquence importante des visites à l'urgence chez cette clientèle, pour d'abord entamer et ensuite poursuivre, à chaque visite, une discussion ouverte et non stigmatisante avec la personne afin de mieux comprendre ses aspirations et ses objectifs, suivant les principes de l'entretien motivationnel (Laker 2007; Baker et al. 2012). Ces discussions, de longueur variable et adaptable aux besoins de la personne soignée, permettraient de communiquer de manière collaborative autour d'un thème central qui correspond à un objectif précis que la personne désire réaliser, au changement qui doit être apporté pour répondre à cet objectif et aux moyens qui peuvent être mis en place pour y parvenir (Miller et Rollnick 2013). Cette approche devrait viser à augmenter la motivation de la personne à adopter un discours qui favorise le changement. Chaque visite en séjour de courte durée en psychiatrie permet de travailler cet objectif et de poursuivre la discussion avec la personne en lien avec des objectifs spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes et choisis par elle-même, pour susciter le changement. L'hospitalisation est aussi un contexte permettant d'induire les services ambulatoires, ce qui requiert des communications et une mobilisation rapide au moment opportun.

- ii. Identifier un intervenant désigné : Ce concept est d'autant plus pertinent dans le cadre d'une clientèle avec fréquence élevée de visites à l'urgence et qui refuse les approches proposées. L'intervenant peut ainsi contribuer à structurer les interventions de manière cohérente et à adapter les soins apportés. Pour la clientèle qui présente une fréquence particulièrement élevée de visites à l'urgence et d'hospitalisations brèves, et qui refuse une orientation vers un Suivi Intensif dans le Milieu (SIM), un Suivi d'Intensité Variable (SIV), un suivi pour Premier Épisode Psychotique (PEP) ou autre programme permettant l'attribution d'un intervenant désigné (parfois appelé intervenant-pivot), il est recommandé d'attribuer tout de même un intervenant-pivot, que ce soit du SIV ou d'une équipe en itinérance (pour la clientèle qui présente davantage ce profil). L'intervenant peut ainsi débiter son action durant l'hospitalisation, s'impliquer dans la préparation du congé, et peut poursuivre son implication après le congé, puis en continu, peu importe où la personne se trouve. Cet intervenant sera systématiquement contacté en cas de visite à l'urgence ou d'hospitalisation. La personne jouant ce rôle clé interpellera d'autres programmes, services ou intervenants du réseau de la santé et du milieu communautaire, s'assurera de la disponibilité de l'information pertinente pour l'ensemble des intervenants impliqués (collecte d'informations et mise à jour des évaluations, puis transmission des informations pertinentes) et tiendra à jour le plan d'intervention. Il s'agit d'une implication qui peut s'échelonner sur plusieurs mois, voire quelques années, et son intensité variera selon les besoins à différents moments. Rush (2010) fait référence à des supports actifs (gestionnaires de cas) qui feront « le lien entre les services et les secteurs », partageant l'information pertinente, afin « de mettre la personne dans le besoin et son rétablissement à long terme au cœur des préoccupations de l'ensemble des intervenants ». Des enjeux éthiques peuvent survenir et devoir faire l'objet de discussions, par exemple lorsqu'il est question de restreindre l'accès à certains soins et services, ou lorsque se confrontent le droit de refuser des soins et la sécurité de la population.
- iii. Impliquer les proches au cœur des interventions : Les proches, plus spécifiquement par la nature des relations et du soutien apporté, peuvent jouer un rôle important. Ils seront protecteurs ou contribueront à la vulnérabilité de la personne, ou encore les deux à la fois. Ces relations portent une histoire dont les impacts sont souvent en lien avec la situation actuelle de la personne. Si la situation s'y prête et avec l'accord de la personne en besoin d'aide, des interventions familiales peuvent contribuer au rétablissement et aider à prévenir les rechutes d'épisodes psychotiques (Pitschel-Walz 2001; Pilling et al. 2002). Les proches peuvent aussi bénéficier d'interventions éducatives ou de soutien. Pour les clients qui refusent les services mais présentent toutefois un risque de suicide ou de violence, le soutien apporté aux proches en tant que bénéficiaires peut aussi viser une certaine vigie du niveau de risque présenté par la personne à l'origine de notre implication. Il importe de se rappeler que les contextes relationnels tendus et de cohabitation peuvent augmenter le risque de passage à l'acte hétéro-agressif chez les personnes qui présentent des troubles de santé mentale et, davantage lorsque ces personnes se trouvent en état d'intoxication. Les interventions familiales incluent des programmes comme les groupes d'entraide entre familles, les programmes psychoéducatifs, les consultations psychologiques familiales, les thérapies multifamiliales et la thérapie de couple. Les thérapies multifamiliales visent à échanger de l'information au sujet des troubles concomitants et à obtenir du soutien de d'autres familles aux prises avec les mêmes situations problématiques, tout en permettant aux personnes participantes d'échanger des stratégies.
- iv. Adopter une approche sensible aux traumatismes : Il serait juste de considérer que l'utilisation de substances psychoactives puisse être liée à un mécanisme d'adaptation pour compenser les conséquences d'un passé empreint de traumatismes et de blessures psychologiques. Il peut en être de même pour d'autres comportements tels la violence envers autrui, l'automutilation, les tentatives de suicide, la négligence de soi. Ces moyens d'adaptation utilisés durant plusieurs années et s'étant avérés efficaces au moins momentanément, et en dépit des conséquences négatives qu'ils ont entraîné, ont pu contribuer à la survie psychologique de ces personnes. Il est par conséquent normal que les changements, et même que la réelle ouverture au changement, prennent du temps à s'opérer. Ainsi les stades de pré-contemplation et de contemplation, suivant le modèle transthéorique de changement développé par Prochaska et

- Dicilemente (Prochaska & Diclemente 1982, voir figure 1 en Annexe), peuvent durer longtemps. Il est préférable de s'y attendre et d'ajuster les interventions au rythme de la personne.
- v. Sentiment d'efficacité personnelle : En support à l'approche sensible aux traumatismes, il serait bénéfique, sur le plan du rétablissement, de viser à bâtir ou à accroître la confiance en soi pour que la personne puisse développer sa capacité à résoudre ses problèmes et améliorer sa situation, selon ses objectifs (qui peuvent être identifiés dans le cadre de l'utilisation de l'entretien motivationnel décrit au point i). Les professionnels qui accompagnent ces personnes doivent eux-aussi y croire et dégager cette confiance, malgré l'historique des personnes visées. Les discours traduisant la stigmatisation de cette clientèle nuisent au développement du sentiment de compétence et de confiance qui doit être cultivé autant chez les intervenants que chez la clientèle.
 - vi. Apprécier la progression de manière pragmatique : Utiliser une approche à bas seuil permettant d'appliquer le concept de « un pas à la fois » peut aider à faire réaliser à la personne que sa situation progresse, ce qui augmente les chances de réussite. La reconnaissance des améliorations, si petites soient-elles, est à garder en tête dans le cadre des interventions avec cette clientèle complexe. Pour maintenir un engagement à aider malgré l'ampleur du défi, il importe d'adopter une définition souple, pragmatique, du succès. Ainsi, seront par exemple considérés comme des succès: une diminution des visites à l'urgence, une diminution du nombre d'hospitalisations au cours d'une année, l'accueil d'alternatives à l'hospitalisation auparavant refusées ou peu efficaces, la diminution de la durée des hospitalisations, le développement d'une alliance thérapeutique, une progression dans le processus de changement, l'atteinte d'un plus faible niveau de consommation de substances psychoactives sur une échelle de temps donnée (pas forcément l'abstinence), etc.
 - vii. Impliquer les organismes communautaires : L'inclusion des organismes communautaires, particulièrement du ou des intervenants communautaires avec qui la personne a établi un lien de confiance, ou vers qui elle se tourne à certains moments, est encouragée. Ces organismes font régulièrement preuve d'une agilité particulièrement utile pour l'intervention auprès de la clientèle visée. Les liens informels tissés entre les intervenants des différentes organisations favorisent cette inclusion des partenaires externes. Les expériences de collaboration qui ont fait une différence renforcent la confiance en la pertinence de la démarche. L'inclusion de ces intervenants/organismes au plan de services interdisciplinaire (PSI) permet d'élargir le rayon d'intervention sur les vulnérabilités et les facteurs de protection. Pour la clientèle visée, cela s'avère particulièrement pertinent avec les organismes utilisant une approche à bas seuil (c.f. point précédent, voir aussi Wagner et al. 2021) ou ceux qui sont susceptibles d'aller à la rencontre de la personne, là où elle se trouve. Cette démarche pourrait en somme permettre de favoriser ou faciliter l'instauration d'une situation post-hospitalisation favorable qui perdure (continuité) et qui réduit le risque d'une nouvelle hospitalisation ou du moins qui en réduit la fréquence.

3. Situation post-hospitalisation : la mise en œuvre du congé

En plus des interventions qui seront réalisées lors des séjours en unité de psychiatrie, une importance particulière doit être accordée à la mise en œuvre du congé d'hospitalisation, qui doit être envisagé dès l'admission aux urgences afin d'en favoriser le succès. Il s'agit d'actions qui favoriseront la transition et l'instauration de conditions post-hospitalisation les plus favorables possibles. En raison de la vulnérabilité rencontrée chez la clientèle qui présente des problèmes de santé mentale (ex. : risque de suicide, d'itinérance, d'abus de substances, de victimisation), la mise en œuvre du congé d'hospitalisation doit être réfléchi assez tôt. Le choix du terme « mise en œuvre » et non « planification » ou « préparation » est fondamental afin de ne pas diminuer l'importance de cette étape en raison d'un court délai donné à l'équipe de soins. Cette période de transition constitue une période charnière suite à laquelle la clientèle peut tendre à se démobiliser face aux actions entreprises et à poursuivre, et à revenir vers l'hôpital en situation de crise. C'est ce que la mise en œuvre du congé vise, elle aussi, à freiner. À titre d'exemples, la reconnaissance des symptômes et des mesures à prendre en cas de survenue des symptômes, l'implication d'un proche dans la prévention des rechutes, l'identification des comportements dommageables ou inappropriés, l'identification

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

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

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

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

Rédigé par :

Emy Cloutier, Criminologue

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

Direction santé mentale, dépendance et services psychosociaux généraux adultes

Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides

Corédigé par :

François Olivier Hébert, Ph.D. - Biologie moléculaire

Rédacteur scientifique

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

Avertissement

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

Références

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

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

Canadian Centre on Substance Abuse (CCSA). (2013) Manuel d'approche systémique : intégrer les systèmes de toxicomanie et de santé mentale, Ottawa (Ontario), Canada, <https://www.ccsa.ca/fr/manuel-d-approche-systemique-integrer-les-systemes-de-toxicomanie-et-de-sante-mentale>.

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

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

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

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

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

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

Pitschel-Walz, G., Leucht, S., Bäuml, J., Kissling, W., and Engel, R. R. (2001) The Effect of Family Interventions on Relapse and Rehospitalization in Schizophrenia—A Meta-analysis. *Schizophr Bull* **27**:73-92, <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006861>.

Pilling, S., Bebbington, P., Kuipers, E., Garety, P., Geddes, J., Orbach, G., and Morgan, C. (2002) Psychological treatments in schizophrenia : I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychol Med* **32**, 763-782, <https://doi.org/10.1017/s0033291702005895>.

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

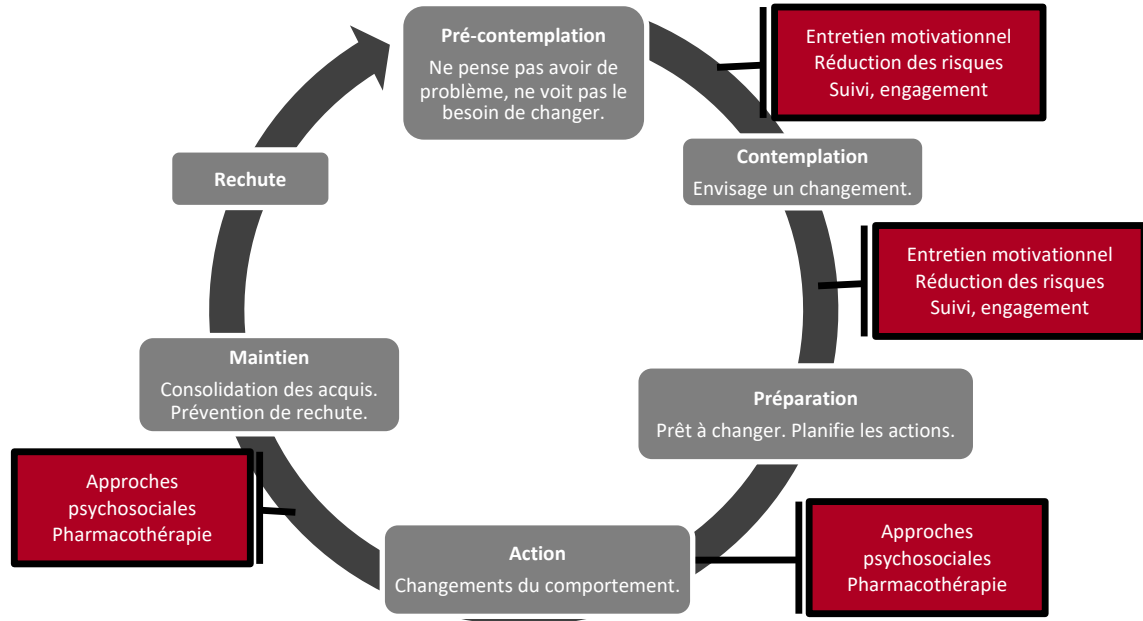
Rush B. (2010). Tiered frameworks for planning substance use service delivery systems: Origins and key principles. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*; **27**(6):617 -36.

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

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

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

ANNEXE – Figures et informations supplémentaires



Prochaska et Di Clemente, 1982

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

Ce document est protégé sous une licence Creative Commons : [CC BY-NC-SA 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).