

Montréal, le 3 février 2025

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

Objet : Avis concernant l'efficacité des suivis dans la communauté (Suivi intensif dans le milieu et Suivi d'intensité variable) pour les personnes présentant un trouble concomitant de santé mentale et d'usage de substance

Type de demande : Revue de littérature

Personne experte consultée : Myriam Beaulieu, professeure adjointe, Faculté des arts et des sciences, École de psychoéducation, Université de Montréal

[REDACTED],

Vous avez fait une demande d'avis scientifique au Centre d'Expertise et de Collaboration en Troubles Concomitants (CECTC) afin de mieux comprendre l'efficacité des suivis dans la communauté dans le cas de personnes vivant avec un trouble concomitant. Plus spécifiquement, votre objectif visait à mieux comprendre les caractéristiques et paramètres individuels au sein de cette population que l'on peut associer à un plus grand bénéfice découlant de ce type de suivi. Vous vous interrogez en parallèle au type et à la proportion de personnes vivant avec un trouble concomitant (focalisé surtout sur le trouble de la personnalité limite et dans un second temps la psychose) qui devraient ou pourraient bénéficier de tels suivis intensifs et, de manière opposée, les individus qui n'en retireront potentiellement que très peu de bénéfices. Votre préoccupation additionnelle en lien avec ce dernier point concerne plus particulièrement le ou les types de bénéfices attendus (par exemple, des bénéfices cliniques, monétaires, ou alors en lien avec les hospitalisations, la stabilisation du logement, etc.). À la lumière de ce questionnement, l'intention du présent avis est de décortiquer l'état des connaissances et les limites des études actuelles pour guider l'adoption des meilleures pratiques auprès de ces personnes.

Rappelons d'emblée que les suivis dans la communauté correspondent généralement à deux types de services distincts, en l'occurrence 1) le suivi intensif dans le milieu (SIM) et 2) le suivi d'intensité variable (SIV). Le suivi intensif dans le milieu se caractérise par des services menés au sein de la communauté (comparativement à des services offerts au bureau ou dans une institution) par une équipe multidisciplinaire partageant la même charge de cas (Gélinas, 2010). La majorité des services sont généralement offerts directement par les membres de l'équipe qui assurent une couverture 24h/7j avec un ratio de personnes intervenantes par personne usagère relativement faible (environ 1 pour 10). Ce suivi s'adresse généralement à des personnes présentant des problèmes de santé mentale sévères et complexes s'apparentant aux troubles psychotiques nécessitant une grande intensité de services allant de quotidien à hebdomadaire. Quant au suivi d'intensité variable, il correspond à un accompagnement dont l'intensité et la fréquence sont ajustées aux besoins fluctuants, sous la coordination d'une personne intervenante-pivot qui assure la planification et la liaison avec les services requis dans la communauté (Gélinas, 2010). Bien qu'il s'apparente à une forme de gestion de cas, le modèle théorique du suivi d'intensité variable est moins clairement établi dans la littérature scientifique (Latimer et Rabouin, 2011), ce qui limite considérablement les connaissances

sur son efficacité, en particulier auprès des personnes présentant un trouble concomitant. C'est pourquoi cet avis portera essentiellement sur le deuxième type de suivi : le suivi intensif dans le milieu.

Pour comprendre la portée et l'utilité des programmes SIM spécifiquement dans les situations de trouble concomitant, il importe en premier lieu d'examiner leur efficacité de manière plus globale. L'efficacité des programmes SIM est en fait largement reconnue et bien discutée dans la littérature scientifique. Étudié depuis les 45 dernières années, bon nombre d'études ont rapporté qu'il s'agit d'un modèle efficace pour réduire le recours aux hospitalisations (Aagaard et al., 2017; Bond et al., 2001; Burns et Santos, 1995; Marshall et Lockwood, 1998; McDonagh et al., 2018) et de ce fait, les coûts liés aux soins (Latimer, 1999; Rochefort, 2019). De plus, des améliorations sur plusieurs indicateurs ont également été observées, notamment sur le fonctionnement (Thoegersen et al., 2019), l'emploi (Gold et al., 2004) et le maintien en logement (Nelson et al., 2007).

Si au départ, le modèle de suivi intensif a été conçu pour intervenir auprès des personnes présentant un trouble de santé mentale sévère s'apparentant aux troubles psychotiques, aujourd'hui la clientèle rejointe s'est diversifiée. Elle regroupe désormais des personnes présentant un trouble psychotique accompagné bien souvent d'un trouble d'utilisation de substances (TUS) en plus d'une variété d'autres problématiques accentuant la complexité de leurs besoins (trouble de la personnalité, problèmes de santé physique chronique, instabilité résidentielle, désaffiliation sociale, problèmes judiciaires, etc.). La prévalence des personnes bénéficiant d'un suivi intensif dans le milieu qui présentent à la fois des troubles de la personnalité et d'usage de substance accompagnés d'un trouble psychotique est difficile à établir. La plupart des études ne documentent pas cette triple concomitance au sein de leur échantillon. Le présent avis portera donc plus généralement sur l'efficacité de ce modèle auprès des personnes présentant des problèmes concomitants de santé mentale et d'usage de substance. Lorsqu'elles seront disponibles, les données relatives aux personnes présentant une triple concomitance (trouble de personnalité, usage de substance et psychose) seront rapportées.

Évaluation de l'efficacité du modèle SIM auprès des personnes présentant des problèmes concomitants de santé mentale et d'usage de substance

Pour juger de l'efficacité d'un modèle d'intervention sur une population en particulier, l'une des stratégies efficaces à adopter consiste à sonder les résultats des revues systématiques ou, de préférence, des méta-analyses, c'est-à-dire des études qui ont interrogé la littérature scientifique à l'aide d'une méthodologie rigoureuse et préétablie dans le but de synthétiser des résultats empiriques indépendants sur une question de recherche spécifique. Lorsque l'état des connaissances le permet, une méta-analyse est réalisée à partir des études identifiées dans la revue systématique permettant ainsi d'estimer quantitativement l'ampleur de l'efficacité de l'intervention en plus de déterminer si oui ou non elle est efficace (Borenstein et al., 2009). Alors que les études abondent lorsqu'il s'agit d'examiner l'efficacité du modèle de suivi intensif dans le milieu dans un contexte général (Goscha et al., 2022), elles sont beaucoup plus éparses lorsqu'on s'intéresse à l'efficacité de ce modèle auprès des personnes présentant un TUS concomitant. À notre connaissance, seules trois revues systématiques se sont penchées spécifiquement sur cette question et aucune méta-analyse n'a été réalisée sur ce sujet en particulier.

La première revue systématique portant sur l'efficacité de ce modèle auprès des personnes présentant un TUS concomitant est celle de Fries et Rosen (2011). Elle visait à évaluer l'efficacité du modèle de suivi intensif dans le milieu en lien avec la diminution de l'usage de substance. La recension a mené à l'inclusion de quatre études qui ont comparé l'efficacité du modèle de suivi intensif dans le milieu avec au moins un groupe de comparaison sur des suivis s'étalant de 18 mois à 3 ans (Drake et al., 1998; Essock et al., 2006; Fletcher et al., 2008; Morse et al., 1997). Dans l'ensemble des quatre études, l'équipe de recherche a observé une diminution de l'usage de substance ou de la sévérité du TUS suite au traitement. Toutefois, cette diminution est similaire ou légèrement supérieure à celle observée dans les groupes de personnes qui ont reçu une autre

forme de traitement. Les résultats de l'étude de Drake et al. (2008) montrent que les participants des programmes de suivi intensif dans le milieu ont accumulé quelques jours supplémentaires d'abstinence par rapport au groupe de comparaison. Morse et al. (1997) n'ont pas observé de différence entre les groupes sur le plan de l'usage de substance. Dans l'étude d'Essock et al. (2006), la diminution de l'usage est similaire entre les deux groupes, sauf lorsque les auteurs se penchent sur les personnes présentant des niveaux de sévérité plus élevés au départ de l'étude. La diminution est alors légèrement plus marquée dans le groupe de personnes ayant reçu des services de la part d'une équipe de suivi intensif dans le milieu. Enfin, dans l'étude de Fletcher et al. (2008), les participants ont été répartis au hasard dans trois groupes : 1-suivi intensif traditionnel, 2-suivi intensif de traitement intégré pour la dépendance et 3-gestion de cas standard. La diminution de l'usage est observable dans les trois groupes de façon similaire. Toutefois, elle se maintient davantage dans le temps chez les personnes du groupe de suivi intensif de traitement intégré.

La deuxième revue systématique sur l'efficacité de ce modèle auprès des personnes présentant un TUS concomitant est celle de Penzenstadler et al. (2019). Elle a recensé les résultats de 11 articles, dont plusieurs portaient sur le même échantillon, ce qui représente en réalité 5 études distinctes qui ont pu comparer l'efficacité du modèle de suivi intensif dans le milieu avec au moins un groupe de comparaison sur des suivis s'étalant de 12 mois à 3 ans. Sur ces cinq études, trois (Drake et al., 1998; Essock et al., 2006; Morse et al., 1997) avaient été répertoriées dans la revue systématique de Fries et al. (2011). Sur le plan de l'usage de substance, Penzenstadler et al. (2019) arrivent à une conclusion similaire à celle de Fries et al. (2011). La plupart des études observent une réduction de la consommation dans le temps, mais de façon similaire à celle qui est observée dans les groupes de comparaison, sauf pour une étude qui a été en mesure d'observer une diminution légèrement plus marquée dans le groupe de personnes recevant des services de suivi intensif dans le milieu (étude déjà présentée dans le paragraphe précédent, Drake et al., 1998).

La revue de Penzenstadler et al. (2019) est intéressante, car les auteurs ne se sont pas limités aux indicateurs d'efficacité liés à l'usage de substance, mais ils ont également inclus d'autres critères (engagement en traitement, taux d'hospitalisation, qualité de vie, satisfaction des services reçus, sévérité des symptômes psychiatriques et stabilité résidentielle). Une différence significative en faveur des groupes de suivi intensifs dans le milieu a été observée dans quatre études sur cinq pour l'engagement en traitement (Bond et al., 1991; Drummond et al., 2017; Manuel et al., 2011; McHugo et al., 1999), bien qu'il soit difficile de statuer clairement puisqu'elles ont utilisé différents indicateurs d'engagement en traitement (p. ex. la rétention, utilisation des services, adhérence au traitement médicamenteux). Une différence significative de la diminution des taux d'hospitalisation en faveur des groupes de suivi intensif dans le milieu a été observée dans deux études sur cinq (Drummond et al., 2017; McHugo et al., 1999). Une étude rapporte que les personnes qui ont bénéficié des services de suivi intensif dans le milieu ont une meilleure qualité de vie après l'intervention (Drake et al., 1998). Une autre indique que les personnes qui ont eu recours au suivi intensif dans le milieu sont généralement plus satisfaites des services reçus, qu'elles présentent une diminution de la sévérité de leurs symptômes psychiatriques et une meilleure stabilité résidentielle, comparativement aux personnes qui ont reçu les traitements habituels (Morse et al., 1997). Une autre étude de cette revue systématique ne rapporte cependant pas de différences entre les groupes pour la qualité de vie ou la sévérité des symptômes psychiatriques (Essock et al., 2006).

La troisième revue systématique sur l'efficacité de ce modèle auprès des personnes présentant un TUS concomitant est celle d'Abufarsakh et al. (2023). Contrairement aux deux revues précédentes, les auteurs ont choisi de s'intéresser à une variété d'indicateurs liés à l'usage de substance en recensant l'ensemble des études produites, qu'elles aient utilisé un devis avec groupe de comparaison ou non. Cela leur a permis de faire la synthèse des résultats de 29 articles (21 études utilisant un devis avec groupe de comparaison et 8 sans groupe de comparaison), dont les suivis variaient de 6 mois à 3 ans. Du côté des études utilisant un devis avec groupe de comparaison, 9 études sur 12 rapportent une diminution de la sévérité pendant le suivi, toutefois cette diminution est également observable dans le groupe de comparaison. Sur cinq études qui

L'ont documenté, deux études indiquent que les personnes qui ont bénéficié des services de suivi intensif dans le milieu ont significativement amélioré leur engagement et leur motivation au traitement (Drake et al., 1998; Morse et al., 2016). Aucune étude n'a observé de différence entre les groupes quant à la proportion de personnes faisant usage de substance, au nombre de jours d'hospitalisation en lien avec la problématique d'usage ou le nombre de jours d'usage de substances. Tandis que du côté des études sans groupe de comparaison, trois études sur huit rapportent une diminution de la sévérité de faible à moyenne (Clausen et al., 2016; Lang et al., 1999; van Vugt et al., 2014). Les résultats divergent davantage en lien avec la proportion de personnes faisant usage de substance : une étude indique une diminution à 24 mois (Clausen et al., 2016), une autre rapporte une augmentation à 6 mois (Young et al., 2014) et les résultats d'une troisième montrent d'abord une diminution à 6 mois suivie d'une augmentation à 12 mois (Gold et al., 2004). Une étude s'est penchée sur l'engagement et la motivation au traitement : ses résultats indiquent qu'au cours des 12 mois, les personnes ont progressé dans leur stade de motivation, passant d'un stade de pré-engagement à un stade d'engagement ou à une phase active de changement (Gold et al., 2004). La seule étude ayant documenté le nombre de jours d'hospitalisation en lien avec la problématique d'usage rapporte une diminution entre l'entrée en traitement et 24 mois plus tard (van Vugt et al., 2014). Enfin, seules deux études se sont intéressées au nombre de jours d'usage de substances. Les résultats indiquent une diminution à 6 mois et à 12 mois (Cooper et al., 2010; Mohamed, 2016).

Synthèse critique des résultats de l'efficacité du modèle SIM auprès des personnes présentant des problèmes concomitants de santé mentale et d'usage de substances

Quels grands constats peut-on dresser à la lumière de ces résultats concernant l'efficacité du modèle de suivi intensif? Les auteurs de ces trois revues systématiques concluent qu'il s'agit d'un modèle prometteur auprès de personnes présentant des troubles concomitants et avancent quelques pistes expliquant pourquoi son efficacité pour le traitement de l'usage de substance n'a pas pu être démontrée plus clairement dans les études jusqu'à maintenant. Abufarsakh et al. (2023), Fries et Rosen (2011) ainsi que Penzenstadler et al. (2019) soulèvent que dans plusieurs études les personnes des groupes de comparaison ont bénéficié d'interventions très similaires au suivi intensif dans le milieu, tel que la gestion intensive de cas, ce qui a pu mener à la production de résultats similaires entre les groupes. Penzenstadler et al. (2019) ainsi que Abufarsakh et al. (2023) soulignent que globalement la qualité méthodologique des études était assez faible, et que par conséquent, il est difficile d'établir des conclusions solides concernant l'efficacité de ce modèle pour le traitement de l'usage de substance auprès des personnes présentant des problèmes concomitants de santé mentale et d'usage de substances.

Les résultats sur l'efficacité du modèle de suivi intensif dans le milieu auprès des personnes présentant un TUS concomitant à une problématique de santé mentale doivent aussi être interprétés à la lumière de l'efficacité des modalités de traitement en général pour cette clientèle. Dans une méta-analyse qui s'est intéressée plus largement à l'efficacité d'une variété d'interventions psychosociales (dont le modèle de suivi intensif dans le milieu) pour réduire l'usage de substance auprès de personnes présentant des troubles concomitants, les auteurs ont recensé 41 études (Hunt et al., 2019). Leurs analyses indiquent qu'il n'y a actuellement pas de preuves suffisamment valides supportant l'efficacité d'un type d'intervention plus qu'un autre pour le maintien en traitement, la réduction de la consommation ou l'amélioration du fonctionnement des personnes présentant un trouble concomitant. Des conclusions similaires à celles émises dans une recension narrative des meilleures pratiques pour intervenir auprès des premières psychoses et du trouble de l'usage de substance concomitant (Ouellet-Plamondon et al., 2021). L'étude des 18 articles répertoriés (dont deux portaient sur le modèle de suivi intensif dans le milieu) indique que ces traitements ne sont pas supérieurs aux services habituellement offerts en termes d'abstinence ou de réduction de la consommation. Dans une autre méta-analyse plus récente, regroupant les résultats de 48 articles rapportant l'efficacité d'une variété d'interventions (dont le modèle de suivi intensif dans le milieu) pour réduire l'usage de substance auprès de personnes en situation d'itinérance, les auteurs indiquent que les approches telles que la gestion de la contingence, la réduction des méfaits et les communautés thérapeutiques sont faiblement

plus efficaces que les services habituels (O'Leary et al., 2024). Enfin, dans une méta-analyse qui visait à évaluer l'efficacité du modèle de gestion de cas lorsqu'il est destiné aux personnes présentant un problème d'usage, les auteurs ont recensé 31 études, dont trois portaient sur le modèle de suivi intensif dans le milieu (Vanderplasschen et al., 2019). Leurs résultats indiquent que ce type de modèle est efficace pour favoriser la liaison avec les services spécialisés en dépendance et assurer une meilleure rétention en traitement, tandis que pour améliorer le fonctionnement de la personne (et notamment l'aider à réduire son usage de substance), l'ampleur de l'effet observé est presque nulle.

Aussi, il faut rappeler que la plupart des études qui ont mesuré l'efficacité du modèle de suivi intensif dans le milieu auprès des personnes présentant des problèmes concomitants de santé mentale et d'usage de substances ont employé des indicateurs de succès qui ne permettent pas de prendre en compte le processus de changement amorcé (Penzenstadler et al., 2019; Vanderplasschen et al., 2019). Une mesure d'abstinence dichotomique réalisée peu après un traitement ne laisse pas entrevoir les petits succès réalisés. De la même façon, une rechute après un traitement n'indique pas forcément un échec de celui-ci. Considérant la sévérité et la complexité des problématiques des personnes rejointes par les services de suivi intensif dans le milieu, il est nécessaire d'adopter des indicateurs de succès globaux dans le cadre d'un suivi à long terme. Par ailleurs, lorsque d'autres critères que la réduction de consommation sont pris en compte (jours d'hospitalisation, la qualité de vie, l'engagement en traitement, la satisfaction des usagers, etc.), ils font ressortir plus favorablement l'efficacité du modèle de suivi intensif en comparaison avec les services habituels (Penzenstadler et al., 2019). Des études qualitatives mettent également en évidence le rôle crucial que joue ce modèle dans le soutien du processus de rétablissement des personnes, en agissant comme un filet de sécurité et en leur fournissant une réponse concrète à leurs besoins (Brekke et al., 2021; Pettersen et al., 2014). Des participants de ces études soulignent d'ailleurs que le fait de recevoir de l'aide pour l'ensemble de leurs besoins par la même équipe est sécurisant et plus simple à gérer (Brekke et al., 2021).

Enfin, outre ces enjeux affectant la capacité à détecter l'efficacité du modèle de suivi intensif dans le milieu pour le traitement des troubles concomitants, deux autres facteurs nous semblent également en cause. Premièrement, il est possible que le modèle n'intègre pas suffisamment d'interventions ciblant de façon spécifique la problématique d'usage de substance (Abufarsakh et al., 2023; Fries et Rosen, 2011). Étant avant tout un modèle d'organisation des services autour d'une personne, le modèle de suivi intensif dans le milieu n'est pas prescriptif quant aux approches thérapeutiques qui devraient être employées pour intervenir (ex. entretien motivationnel, cognitivo-comportementale, réduction des méfaits, etc.). À part le rôle de spécialiste en dépendance¹ porté par un des intervenants de l'équipe, il n'y a pas de composantes spécifiques touchant la problématique d'usage dans ce modèle. Dans ces conditions, la mise en place ou non d'interventions ciblant les troubles concomitants repose sur la capacité des intervenants à les offrir (connaissances, intérêts, disponibilité). Ce qui nous amène au deuxième point, il est possible que les intervenants manquent de connaissances/compétences pour offrir des interventions intégrées (Pettrakis et al., 2018; Zisman-Ilani et al., 2023). Pour répondre aux besoins liés aux troubles d'usage de substance des personnes qu'ils suivent, les personnes intervenantes doivent alors se tourner vers les services spécialisés en dépendance offerts dans le réseau (ressources d'hébergement en dépendance, centre de réadaptation en dépendance). Non seulement cette pratique contrevient à l'une des composantes du modèle de suivi intensif dans le milieu (c.-à.-d. offrir directement la majorité des services), mais cela va à l'encontre de la recommandation largement appuyée par les données probantes d'offrir un traitement intégré aux personnes présentant des troubles concomitants (ASAM, 2023; SAMHSA, 2009). Ainsi, la faible intégration d'interventions spécifiques à la problématique d'usage et le manque de connaissances en dépendance des intervenants limitent l'offre intégrée de service aux personnes présentant des troubles concomitants. Ce sont des enjeux qui apparaissent aussi comme des pistes d'amélioration du modèle auprès de cette clientèle.

¹ La mise à jour des critères d'homologation du MSSSS prévoit que le spécialiste en dépendance s'appellera désormais « intervenant ressource en dépendance »

C'est pourquoi, en guise de conclusion, nous formulons des recommandations qui s'attardent à ces aspects de façon plus spécifique.

Prévalence des troubles de personnalité dans les études consultées, efficacité du modèle et constats

Parmi l'ensemble des études consultées pour réaliser le présent avis, seules quatre d'entre elles ont documenté le pourcentage de personnes présentant un trouble de la personnalité en plus de problèmes liés à l'usage de substances et aux troubles psychotiques. Lang et al. (1999) ainsi que Morse et al. (1997) indiquent respectivement que 30 % et 25 % de leur échantillon présentent un trouble de la personnalité, sans apporter de distinction précise quant au type de trouble. L'étude de Doré-Gauthier et al. (2020) révèle que 64 % de leur échantillon manifeste des traits de personnalité correspondant au Cluster B. De son côté, l'étude de Mueser et al. (2006 [une étude secondaire menée à partir de l'étude Essock et al., 2006]) rapporte que 40% de leur échantillon présente un trouble de personnalité antisociale et précise que ceux-ci présentent également un trouble d'usage de substance plus sévère.

Ces quatre études qui ont documenté la prévalence du trouble de personnalité offrent un aperçu extrêmement parcellaire de l'évaluation de l'efficacité du modèle de suivi intensif pour cette sous-population. Le portrait est d'autant plus difficile à établir considérant que la présence d'un trouble ou de traits de personnalité n'a pas été prise en compte dans les analyses sur l'évaluation de l'efficacité de ce modèle. La seule exception à cela est l'étude de Frisman et al. (2009), une étude secondaire menée à partir de l'étude Essock et al. (2006). Les résultats de l'étude principale (Essock et al. 2006) ne permettaient pas d'observer de différence entre les deux formes de traitement (suivi intensif dans le milieu et gestion de cas) quant à la diminution de l'usage de substance ou du nombre de jours incarcéré. Les analyses secondaires de Frisman et al. (2009) sur ce même échantillon font toutefois ressortir que les personnes présentant un trouble de personnalité antisociale concomitant à un trouble d'usage de substance et psychotique avaient une diminution significativement plus importante de leur consommation d'alcool et de nombre de jours incarcéré que les personnes présentant un trouble de personnalité dans le groupe de comparaison. La supériorité du suivi intensif pour ces deux indicateurs (alcool et nombre de jours incarcéré) n'est toutefois pas observable chez les personnes ne présentant pas de trouble de personnalité antisociale.

Considérant le peu de données sur cette sous-population, il est difficile d'établir l'efficacité du modèle de suivi intensif auprès de ce groupe. La rareté des données sur cette question s'explique probablement par le fait que le trouble de la personnalité a longtemps été considéré comme un critère d'exclusion pour le suivi intensif (Horvitz-Lennon et al., 2009). Un critère largement basé sur l'étude de Weisbrod (1983) qui a démontré que les services de suivi intensif étaient globalement plus coûteux lorsqu'ils étaient destinés aux personnes présentant un trouble de personnalité pour une amélioration clinique moins élevée que celle observée chez des personnes présentant un trouble psychotique pour lesquelles le coût des services était également inférieur. À notre connaissance, il n'existe pas d'étude plus récente sur l'évaluation cout-efficacité du modèle de suivi intensif auprès de cette population, ce qui constitue une contrainte majeure pour une prise de décision éclairée. Non seulement cette étude date de plus de 40 ans, mais en plus, les analyses n'ont porté que sur une période de 14 mois, ce que l'on sait être court dans le cadre d'un suivi intensif où les résultats mettent parfois des années avant de se manifester, en particulier pour les personnes dont les troubles sont les plus sévères.

Par ailleurs, d'autres auteurs insistent sur les similitudes entre les profils de certaines personnes présentant un trouble de personnalité et les caractéristiques des patients admis dans les équipes de suivi intensif (Osagie et al., 2024). Ces caractéristiques incluent notamment un niveau élevé d'atteinte au fonctionnement quotidien, un profil symptomatique sévère, l'utilisation fréquente des services d'urgence et hospitalier, la présence de troubles concomitants complexifiant le profil tels que l'usage de substance, l'instabilité résidentielle, etc. Sur cette base, ils postulent que le modèle de suivi intensif est approprié pour elles, mais à condition d'y incorporer certaines composantes plus spécifiques aux traitements du trouble de

personnalité ainsi que les membres de l'équipe de professionnels soient adéquatement formé.es aux spécificités et enjeux liés au trouble (Bond, 2002; Osagie et al., 2024).

Au cours des dernières années, quelques variantes du modèle de suivi intensif ont vu le jour dont certaines pourraient potentiellement répondre aux besoins des personnes présentant un trouble de personnalité. Parmi ces variantes, le modèle médico-légal de suivi intensif (*Forensic assertive community treatment*) a été spécialement conçu pour les personnes aux prises avec une situation judiciaire et des problèmes de santé mentale sévère (Lamberti et al., 2004). De plus, ce modèle intègre parfois des composantes judiciaires dans le processus de traitement, telles que des pairs-aidants avec un vécu expérientiel médico-légal, des intervenants de liaisons avec le système judiciaire ainsi que des outils cliniques permettent d'identifier les facteurs de récidives (Lamberti et Weisman, 2021). Une méta-analyse regroupant les résultats de six études a évalué l'efficacité de ce modèle sur les plans judiciaire et de la santé mentale (Goulet et al., 2022). Les résultats indiquent une légère supériorité du modèle médico-légal de suivi intensif en faveur du groupe de comparaison quant aux indicateurs judiciaires (p.ex nombre de jours incarcéré, nombre d'arrestations), mais pas sur le plan des indicateurs liés à la santé mentale (p.ex. utilisation de ressources de gestion de crise, service d'urgence, nombre de jours hospitalisé). D'autres équipes de recherche ont étudié l'efficacité de modèles de suivi intensif intégrant des approches thérapeutiques éprouvées pour les personnes présentant un trouble de personnalité limite. Cunningham et al. (2004) rapportent que l'intégration de la thérapie comportementale dialectique (DBT) au sein d'une équipe de suivi intensif était associée à des améliorations importantes sur le plan de la régulation émotionnelle, de la qualité des relations et dans l'engagement dans les activités professionnelles, ainsi qu'à une diminution des hospitalisations. Une autre étude menée par Weijers et al. (2020) a examiné l'efficacité de la thérapie basée sur la mentalisation lorsqu'elle était incorporée à une équipe de suivi intensif. Les résultats font ressortir la supériorité de cet ajout par rapport aux services habituellement offerts quant au fonctionnement social.

Outre le nombre limité d'études sur lesquelles sont observées ces améliorations dans les différentes variantes étudiées (modèle médico-légal, DBT, mentalisation), il faut aussi souligner que ces résultats ne portaient pas spécifiquement sur des personnes présentant des troubles de personnalité concomitants à une problématique d'usage de substance et de trouble psychotique. De même qu'aucune de ces études n'a évalué l'effet de ces modèles « améliorés » sur le risque suicidaire, un risque qui est bien documenté comme étant plus élevé chez les personnes présentant un trouble de la personnalité (Stanley et al., 2021) ou d'usage substances (Huỳnh et al., 2019). De plus, bien que ces modèles présentent des résultats prometteurs, leur mise en œuvre devrait être réalisée avec prudence et s'accompagner de formations continues. En effet, des expériences antérieures ont montré qu'en l'absence d'un soutien adéquat pour les intervenants, cela peut entraîner une augmentation d'interventions contre-indiquées pour les personnes présentant des troubles de la personnalité (Horvitz-Lennon et al., 2009).

Pistes de recommandation pour mieux répondre aux besoins des personnes présentant des troubles concomitants de santé mentale et d'usage de substance bénéficiant du suivi intensif dans le milieu

1. Intégrer des approches spécifiques à l'intervention en dépendance et former l'ensemble des intervenants des équipes de suivi intensif dans le milieu à ces approches

Le rôle de spécialiste en dépendance détenu par un membre de l'équipe seulement s'avère insuffisant lorsqu'une proportion substantielle des personnes desservies par l'équipe de suivi intensif dans le milieu présente des troubles concomitants. Il est essentiel que tous les membres de l'équipe bénéficient d'une formation de base leur permettant d'intervenir en proposant un traitement intégré (Moser et al., 2013). Cette formation de base devrait inclure des approches telles que la réduction des méfaits, l'analyse fonctionnelle, l'entretien motivationnel (Ouellet-Plamondon et al., 2021). Les personnes intervenantes devraient également être encouragées à actualiser leur pratique par le biais des outils proposés par le CECTC ou la participation au programme de télé-mentorat ECHO. Toutes les personnes intervenantes devraient être en mesure de savoir comment utiliser les outils d'évaluation de base en dépendance (ex. instruments de la

famille [DÉBA](#); alcohol use scale-AUS; Drug use scale-DUS; Cut down, Annoyed, Guilty, Eye-opener Questionnaire-CAGE-AID; Dartmouth Assessment of Lifestyle Instrument-DALI, Tremblay et al. 2016) ainsi que ceux permettant d'assurer l'évaluation de la progression de la personne (ex. Feed-back en traitement; Tremblay et al., 2023, [Outcome Rating Scale, ORS, et Session Rating Scale, SRS](#); Duncan & Miller 2000). Dès lors, le rôle de spécialiste en dépendance pourrait être employé auprès des personnes présentant les cas les plus complexes et pour soutenir les collègues dans le cadre de rôle-conseil (Moser et al., 2013). Cela nécessite bien sûr que la personne assumant le rôle de spécialiste en dépendance détienne des connaissances approfondies de la concomitance et des bonnes pratiques.

En plus des approches spécifiques à la dépendance, il serait important que l'ensemble des membres de l'équipe développe une compréhension intégrée des problématiques de santé mentale et d'usage de substance (Moser et al., 2013) en s'intéressant notamment à l'interinfluence des deux problématiques dans la vie des personnes qu'ils accompagnent. À cet effet, un modèle de traitement intégré (ex. Mueser et al., 2003) devrait être incorporé dans le programme de suivi intensif lorsqu'il s'adresse à des personnes présentant des troubles concomitants. De même que l'outil évaluant la fidélité d'implantation du modèle de suivi intensif dans le milieu-TMACT, devrait s'aligner avec les composantes spécifiques à l'offre d'un traitement intégré (voir à cet effet les suggestions de McHugo et al., 1999 ou de Moser et al., 2013).

Des exemples d'implantation de traitement intégré dans le cadre du suivi intensif dans le milieu ont montré que la mise en place de ce type de service ne peut reposer uniquement sur la formation des intervenants (Kikkert et al., 2018). Elle doit s'appuyer sur une structure organisationnelle qui sera en mesure de planifier et de suivre son implantation (Minkoff et Covell, 2022).

2. Prendre le temps d'établir le lien avec l'équipe et susciter l'engagement au traitement

Une source potentielle de fatigue chez les intervenants provient parfois de la sensation de ramer plus fort que la personne, voire à contre-courant. Cela témoigne d'interventions qui ne sont pas en phase avec le niveau d'engagement de la personne ou d'un lien de confiance insuffisamment établi. Établir un lien solide et engager les usagers dans le traitement est une étape importante préalable à toute forme de suivi. Cependant, elle revêt une importance cruciale pour les personnes présentant des problèmes concomitants rejointes par les équipes de suivi intensif. En conformité avec les pratiques promues par les traitements intégrés, cette étape ne devrait pas être évacuée trop rapidement, mais plutôt être considérée comme un objectif de traitement à part entière nécessitant d'y consacrer temps et énergie (Brunette et Mueser, 2006; Mueser, 2003). Prendre le temps de développer un climat de collaboration, d'expliquer le déroulement des interventions à venir et d'installer une structure prédictible figurent également comme des pratiques recommandées auprès des personnes présentant un trouble de personnalité (Beck et al., 2014).

Conçues notamment pour rejoindre des personnes plus réfractaires aux formes de traitements habituels, les équipes de suivi intensif disposent déjà de plusieurs leviers pour favoriser cet engagement, comme l'assistance dans les activités du quotidien ou la rencontre de la personne dans son milieu de vie. Une réflexion approfondie sur la façon de placer l'engagement au cœur des interventions devrait être menée, notamment en s'inspirant de modèles comme celui de la gestion de la contingence.

Pour s'assurer d'intervenir en phase avec le niveau d'engagement de la personne, il est recommandé de le monitorer tout au long du suivi (ASAM 2023, Mueser, 2003) à l'aide d'outils tels que le Substance abuse treatment scale-SATS (McHugo et al., 1995). De même que les intervenants devraient monitorer fréquemment leur niveau d'alliance avec l'utilisateur et s'ajuster en conséquence. Fortement associée aux résultats d'un traitement (Flückiger et al., 2018), l'alliance est souvent considérée comme le thermomètre du processus thérapeutique : une bonne alliance indiquant que le processus se déroule de façon positive. La création de l'alliance dans un contexte non-volontaire – contexte fréquemment rencontré dans les équipes de suivi intensif –, n'est pas aisée. Elle doit être réfléchie pour favoriser l'auto-détermination de la personne

en lui renvoyant l'image d'un agent actif en mesure de définir ses objectifs (Paradisopoulos et al., 2015). En ce sens, l'entretien motivationnel est une approche à privilégier pour identifier les valeurs de la personne et les motivations avec lesquelles les interventions pourront s'enligner (Miller et Rollnick, 2019), car il ne faut pas faire l'erreur de croire que parce qu'elle est contrainte de recevoir des services, elle est dénuée de toute forme de motivations intrinsèques.

3. Intégrer des pairs-aidants au sein des équipes de suivi intensif dans le milieu qui détiennent un bagage expérientiel avec l'usage de substances et des problèmes de santé mentale

L'intégration de pairs-aidants présentant un bagage expérientiel en santé mentale est une pratique bien établie dans les équipes de suivi intensif et sa valeur ajoutée est largement appuyée par les données probantes. En plus de susciter l'espoir des personnes et de soutenir leur rétablissement, les pairs-aidants contribuent à la formation de leur collègue (Chinman et al., 2014; Wright-Berryman et al., 2011). Or, le vécu d'une personne qui a connu un usage problématique de substance accompagné de problème de santé mentale diffère notamment quant aux expériences de stigmatisation, d'utilisation de service, de stratégies déployées pour favoriser le mieux-être. Dans ce contexte, l'intégration de pairs-aidants au sein des équipes de suivi intensif dans le milieu détenant ces deux formes de savoir serait importante pour que les usagers présentant des problèmes concomitants puissent s'identifier.

Votre demande était de connaître l'efficacité du suivi intensif lorsqu'il est adressé aux personnes présentant un trouble concomitant de santé mentale (dont un trouble de personnalité) et d'usage de substance. Vous cherchiez à mieux comprendre les caractéristiques des personnes qui peuvent en bénéficier le plus et inversement, celles pour qui il est moins efficace. Bien que l'état des connaissances scientifiques sur ce sujet soit limité, certaines études montrent que les personnes présentant un trouble de santé mentale associé à un problème d'usage, qui ont bénéficié du suivi intensif, sont davantage engagées dans leur traitement, jouissent d'une meilleure qualité de vie et connaissent moins d'hospitalisations comparativement aux personnes qui ont eu recours à d'autres types de services de santé mentale. Cependant, la majorité des études consultées ne rapportent pas d'amélioration sur le plan de la problématique d'usage. L'absence de résultats pour cet indicateur peut s'expliquer par la mauvaise qualité méthodologique des études et par le fait que la plupart des modèles de suivi intensif évalués n'ont pas intégré de composantes spécifiques aux problèmes d'usage dans le traitement. Quant à l'efficacité du modèle de suivi intensif auprès des personnes présentant un trouble de personnalité concomitant à un problème d'usage de substance et à un trouble psychotique, les données sont trop incomplètes pour être en mesure de se prononcer. Seules quatre études parmi celles consultées pour réaliser le présent avis ont rapporté la prévalence des traits ou du trouble de personnalité au sein de leur échantillon : une prévalence variant de 25 % à 64 %. Une seule de ces études a tenu compte du trouble de personnalité antisociale dans l'évaluation de l'efficacité du suivi intensif. Ses résultats font ressortir la supériorité du suivi intensif comparativement à un modèle de gestion de cas quant à la diminution de la consommation d'alcool et du nombre de jours incarcéré. Des variantes prometteuses du modèle de suivi intensif ont aussi été présentées (DBT, mentalisation, médico-légale), mais celles-ci doivent être explorées avec prudence considérant le peu de données existantes et les risques de détérioration des personnes si elles ne sont pas appliquées adéquatement. De prochains avis scientifiques pourraient se pencher plus particulièrement sur les bonnes pratiques auprès des personnes présentant un trouble de personnalité limite concomitant à l'usage de substance ou un trouble de personnalité antisociale concomitant à l'usage de substance.

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 :

Myriam Beaulieu, psychoéducatrice, Ph.D., professeure à l'école de psychoéducation de l'Université de Montréal

Révisé par :

Jean-Marc Menard, M.A.

Psychologue, consultant au CECTC

Chargé d'enseignement, Faculté de médecine et des sciences de la santé

Université de Sherbrooke

François-Olivier Hébert, PhD biologie

Associé de recherche, CR-CHUM, Axe Neurosciences

Rédacteur scientifique, 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

- Aagaard, J., Tuszewski, B. et Kølbaek, P. (2017). Does assertive community treatment reduce the use of compulsory admissions? *Archives of psychiatric nursing*, 31(6), 641-646.
- Abufarsakh, B., Kappi, A., Pemberton, K. M., Williams, L. B. et Okoli, C. T. C. (2023). Substance use outcomes among individuals with severe mental illnesses receiving assertive community treatment: A systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 32(3), 704-726.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/inm.13103>
- ASAM. (2023). *The ASAM/AAAP Clinical Practice Guideline on the Management of Stimulant Use Disorder*.
https://journals.lww.com/journaladdictionmedicine/fulltext/2024/05001/the_asam_aaap_clinical_practice_guideline_on_the.1.aspx
- Beck, A. T., Davis, D. D. et Freeman, A. (2014). *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. Guilford Publications.
- Bond, G. R. (2002). *Assertive community treatment for people with severe mental illness*. Developed for the Behavioral Health Recovery Management Project. 1-14.
- Bond, G. R., Drake, R. E., Mueser, K. T. et Latimer, E. (2001). Assertive community treatment for people with severe mental illness: Critical ingredients and impact on patients. *Disease management and health outcomes*, 9, 141-159.
- Bond, G. R., Witheridge, T. F., Dincin, J. et Wasmer, D. (1991). Assertive community treatment: Correcting some misconceptions. *American Journal of Community Psychology*, 19(1), 41-51.
- Borenstein, M., Hedges, L. V., Higgins, J. P. T. et Rothstein, H. (2009). *Introduction to meta-analysis*. Wiley, a John Wiley & Sons Ltd., Publication.
- Brekke, E., Clausen, H. K., Brodahl, M., Lexén, A., Keet, R., Mulder, C. L. et Landheim, A. S. (2021). Service user experiences of how flexible assertive community treatment may support or inhibit citizenship: a qualitative study. *Frontiers in psychology*, 12, 727013.
- Brunette, M. F. et Mueser, K. T. (2006). Psychosocial interventions for the long-term management of patients with severe mental illness and co-occurring substance use disorder. *Journal of clinical psychiatry*, 67, 10-17.
- Burns, B. J. et Santos, A. B. (1995). Assertive community treatment: an update of randomized trials. *Psychiatric Services*, 46(7), 669-675.
- Chinman, M., George, P., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., Ghose, S. S., Swift, A. et Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Peer support services for individuals with serious mental illnesses: assessing the evidence. *Psychiatric Services*, 65(4), 429-441.

- Clausen, H., Ruud, T., Odden, S., Šaltytė Benth, J., Heiervang, K. S., Stuen, H. K., Killaspy, H., Drake, R. E. et Landheim, A. (2016). Hospitalisation of severely mentally ill patients with and without problematic substance use before and during Assertive Community Treatment: an observational cohort study. *BMC Psychiatry*, 16, 1-10.
- Cooper, R. L., Seitzers, J., Davidson, D. L., MacMaster, S. A., Rasch, R. F., Adams, S. et Darby, K. (2010). Outcomes of integrated assertive community treatment for homeless consumers with co-occurring disorders. *Journal of Dual Diagnosis*, 6(2), 152-170.
- Cunningham, K., Wolbert, R. et Lillie, B. (2004). It's about me solving my problems: Clients' assessments of dialectical behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11(2), 248-256.
- Doré-Gauthier, V., Miron, J. P., Jutras-Aswad, D., Ouellet-Plamondon, C. et Abdel-Baki, A. (2020). Specialized assertive community treatment intervention for homeless youth with first episode psychosis and substance use disorder: A 2-year follow-up study. *Early Intervention in Psychiatry*, 14(2), 203-210.
- Drake, R. E., McHugo, G. J., Clark, R. E., Teague, G. B., Xie, H., Miles, K. et Ackerson, T. H. (1998). Assertive community treatment for patients with co-occurring severe mental illness and substance use disorder: a clinical trial. *American journal of orthopsychiatry*, 68(2), 201-215.
- Drummond, C., Gilbert, H., Burns, T., Copello, A., Crawford, M., Day, E., Deluca, P., Godfrey, C., Parrott, S. et Rose, A. (2017). Assertive community treatment for people with alcohol dependence: a pilot randomized controlled trial. *Alcohol and Alcoholism*, 52(2), 234-241.
- Duncan, B. L., & Miller, S. D. (2000). The outcome rating scale: A measure of client progress. In M. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 229-269). American Psychological Association.
- Essock, S. M., Mueser, K. T., Drake, R. E., Covell, N. H., McHugo, G. J., Frisman, L. K., Kontos, N. J., Jackson, C. T., Townsend, F. et Swain, K. (2006). Comparison of ACT and standard case management for delivering integrated treatment for co-occurring disorders. *Psychiatric Services*, 57(2), 185-196.
- Fletcher, T. D., Cunningham, J. L., Calsyn, R. J., Morse, G. A. et Klinkenberg, W. D. (2008). Evaluation of treatment programs for dual disorder individuals: modeling longitudinal and mediation effects. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 35, 319-336.
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E. et Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316-340. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>
- Fries, H. P. et Rosen, M. I. (2011). The efficacy of assertive community treatment to treat substance use. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 17(1), 45-50.
- Frisman, L. K., Mueser, K. T., Covell, N. H., Lin, H.-J., Crocker, A., Drake, R. E. et Essock, S. M. (2009). Use of integrated dual disorder treatment via assertive community treatment versus clinical case management for persons with co-occurring disorders and antisocial personality disorder. *The Journal Of Nervous And Mental Disease*, 197(11), 822-828.
- Gélinas, D. (2010). Suivi intensif en équipe et soutien d'intensité variable au Québec. *Vie sociale*, (1), 129-150.
- Gold, P. B., Meisler, N., DuRoss, D. et Bailey, L. (2004). Employment outcomes for hard-to-reach persons with chronic and severe substance use disorders receiving assertive community treatment. *Substance Use & Misuse*, 39(13-14), 2425-2489.
- Goscha, R. J., Moser, L. et Monroe-Devita, M. (2022). Case management and assertive community treatment. Dans *Textbook of Community Psychiatry: American Association for Community Psychiatry* (p. 351-368). Springer.
- Goulet, M.-H., Dellazizzo, L., Lessard-Deschenes, C., Lesage, A., Crocker, A. G. et Dumais, A. (2022). Effectiveness of forensic assertive community treatment on forensic and health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Criminal Justice and Behavior*, 49(6), 838-852.
- Horvitz-Lennon, M., Reynolds, S., Wolbert, R. et Witheridge, T. F. (2009). The role of assertive community treatment in the treatment of people with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 12(3), 261-277.

- Hunt, G. E., Siegfried, N., Morley, K., Brooke-Sumner, C. et Cleary, M. (2019). Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001088.pub4>
- Huỳnh, C., Rochette, L., Pelletier, E., Jutras-Aswad, D., Larocque, A., Fleury, M.-J., Kisely, S. et Lesage, A. (2019). *Prévalence des cas identifiés à partir des banques de données administratives*, INSPQ.
- Kikkert, M., Goudriaan, A., de Waal, M., Peen, J. et Dekker, J. (2018). Effectiveness of Integrated Dual Diagnosis Treatment (IDDT) in severe mental illness outpatients with a co-occurring substance use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 95, 35-42. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jsat.2018.09.005>
- Lamberti, J. S., Weisman, R. et Faden, D. I. (2004). Forensic assertive community treatment: Preventing incarceration of adults with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 55(11), 1285-1293.
- Lamberti, J. S. et Weisman, R. L. (2021). Essential elements of forensic assertive community treatment. *Harvard review of psychiatry*, 29(4), 278-297.
- Lang, M. A., Davidson, L., Bailey, P. et Levine, M. S. (1999). Clinicians' and clients' perspectives on the impact of assertive community treatment. *Psychiatric Services*, 50(10), 1331-1340.
- Latimer, E. A. (1999). Economic impacts of assertive community treatment: a review of the literature. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 44(5), 443-454.
- Latimer, E. et Rabouin, D. (2011). Soutien d'intensité variable (SIV) et rétablissement: que nous apprennent les études expérimentales et quasi expérimentales? *Santé mentale au Québec*, 36(1), 13-34.
- Manuel, J. I., Covell, N. H., Jackson, C. T. et Essock, S. M. (2011). Does assertive community treatment increase medication adherence for people with co-occurring psychotic and substance use disorders? *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 17(1), 51-56.
- Marshall, M. et Lockwood, A. (1998). Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2).
- McDonagh, M. S., Dana, T., Selph, S., Devine, E. B., Cantor, A., Bougatsos, C., Blazina, I., Grusing, S., Fu, R. et Kopelovich, S. L. (2018). *Treatments for schizophrenia in adults: a systematic review*. Agency for Healthcare Research and Quality (US).
- McHugo, G. J., Drake, R. E., Burton, H. L. et Ackerson, T. H. (1995). A Scale for Assessing the Stage of Substance Abuse Treatment in Persons with Severe Mental Illness. *The Journal Of Nervous And Mental Disease*, 183(12), 762-767.
- McHugo, G. J., Drake, R. E., Teague, G. B. et Xie, H. (1999). Fidelity to assertive community treatment and client outcomes in the New Hampshire dual disorders study. *Psychiatric Services*, 50(6), 818-824.
- Miller, S. D., et Duncan, B. L. (2000). The outcome and session rating scales. *Administration and scoring manual*. Institute of the study of therapeutic change.
- Miller, W. R., et Rollnick, S. (2019). *L'entretien motivationnel : Aider la personne à engager le changement* (2e éd.). InterEditions.
- Minkoff, K. et Covell, N. H. (2022). Recommendations for integrated systems and services for people with co-occurring mental health and substance use conditions. *Psychiatric Services*, 73(6), 686-689.
- Mohamed, S. (2016). Comparison of intensive case management for psychotic and nonpsychotic patients. *Psychological Services*, 13(1), 10.
- Morse, G., Glass, A. M. et Monroe-DeVita, M. (2016). ACT and recovery: What we know about their compatibility. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 43, 219-230.
- Morse, G. A., Calsyn, R. J., Klinkenberg, W. D., Trusty, M. L., Gerber, F., Smith, R., Tempelhoff, B. et Ahmad, L. (1997). Three Types of Case Management for Homeless Mentally ill Persons. *Psychiatric Services*, 48(4), 497-503.
- Moser, L. L., Monroe-DeVita, M. et Teague, G. B. (2013). Evaluating integrated treatment within assertive community treatment programs: A new measure. *Journal of Dual Diagnosis*, 9(2), 187-194.
- Mueser, K. T., Noordsy, D. L., Drake, R. E. et Smith, L. F. (2003). *Integrated Treatment for Dual Disorders: A Guide to Effective Practice*. Guilford Press.

- Mueser, K. T., Crocker, A. G., Frisman, L. B., Drake, R. E., Covell, N. H. et Essock, S. M. (2006). Conduct disorder and antisocial personality disorder in persons with severe psychiatric and substance use disorders. *Schizophrenia bulletin*, 32(4), 626-636.
- Nelson, G., Aubry, T. et Lafrance, A. (2007). 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*, 77(3), 350-361.
- O'Leary, C., Ralphs, R., Stevenson, J., Smith, A., Harrison, J., Kiss, Z. et Armitage, H. (2024). The effectiveness of abstinence-based and harm reduction-based interventions in reducing problematic substance use in adults who are experiencing homelessness in high income countries: A systematic review and meta-analysis: A systematic review. *Campbell Systematic Reviews*, 20(2), e1396.
- Osagie, J., Bergmans, Y., Kassam, A., Beder, M., Ritts, M., Zaheer, J., Wren, K., Button, M., Kirwan, N. et Levy, M. (2024). The Dilemma of People Experiencing Borderline Personality Disorder (BPD) on Assertive Community Treatment (ACT) Teams—A Scoping Literature Review: Can ACT help people with BPD? *Canadian Journal of Community Mental Health*, 43(1), 1-18.
- Ouellet-Plamondon, C., Abdel-Baki, A. et Jutras-Aswad, D. (2021). Premier épisode psychotique et trouble de l'usage de substance concomitants : revue narrative des meilleures pratiques et pistes d'approches adaptées pour l'évaluation et le suivi. *Santé mentale au Québec*, 46(2), 277-306. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1088186ar>
- Paradisopoulos, D., Pote, H., Fox, S. et Kaur, P. (2015). Developing a model of sustained change following multisystemic therapy: young people's perspectives. *Journal of Family Therapy*, 37(4), 471-491.
- Penzenstadler, L., Soares, C., Anci, E., Molodynski, A. et Khazaal, Y. (2019). Effect of Assertive Community Treatment for Patients with Substance Use Disorder: A Systematic Review. *European Addiction Research*, 25(2), 56-67.
- Petrakis, M., Robinson, R., Myers, K., Kroes, S. et O'Connor, S. (2018). Dual diagnosis competencies: A systematic review of staff training literature. *Addictive Behaviors Reports*, 7, 53-57. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.abrep.2018.01.003>
- Pettersen, H., Ruud, T., Ravndal, E., Havnes, I. et Landheim, A. (2014). Engagement in assertive community treatment as experienced by recovering clients with severe mental illness and concurrent substance use. *International journal of mental health systems*, 8, 1-12.
- Rocheffort, D. A. (2019). Innovation and its discontents: pathways and barriers in the diffusion of assertive community treatment. *The Milbank Quarterly*, 97(4), 1151-1199.
- SAMHSA. (2009). *Integrated Treatment for Co-Occurring Disorders*. <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/ebp-kit-building-your-program-10112019.pdf>
- Stanley, B., Kandlur, R. et Jones, J. (2021). Risk for suicidal behaviour in personality disorders. In D. Wasserman (Ed.), *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention* (pp. 311–318). Oxford University Press.
- Thoegersen, M. H., Morthorst, B. R. et Nordentoft, M. (2019). Assertive community treatment versus standard treatment for severely mentally ill patients in Denmark: a quasi-experimental trial. *Nordic Journal of Psychiatry*, 73(2), 149-158.
- Tremblay, J et Blanchette-Martin, N. (2016). Manuel d'utilisation du DÉBA Alcool/Drogues/Jeu-8; *Version adaptée pour la formation de la première ligne en dépendance*, Version 2.0, Québec, Service de Recherche en Dépendance du CIUSSS de la Capitale-Nationale et du CISSS de Chaudière-appalaches en collaboration avec le Centre de réadaptation en dépendance de Montréal – Institut Universitaire du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.
- van Vugt, M. D., Kroon, H., Delespaul, P. A. et Mulder, C. L. (2014). Assertive community treatment and associations with substance abuse problems. *Community Mental Health Journal*, 50, 460-465.
- Vanderplasschen, W., Rapp, R. C., De Maeyer, J. et Van Den Noortgate, W. (2019). A meta-analysis of the efficacy of case management for substance use disorders: a recovery perspective. *Frontiers in Psychiatry*, 10.

- Weijers, J., Ten Kate, C., Viechtbauer, W., Rampaart, L. J. A., Eurelings, E. H. M. et Selten, J. P. (2020). Mentalizationbased treatment for psychotic disorder: A rater-blinded, multi-center, randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 1–10.
- Weisbrod, B. A. (1983). A guide to benefit-cost analysis, as seen through a controlled experiment in treating the mentally ill. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 7(4), 808-845.
- Wright-Berryman, J. L., McGuire, A. B. et Salyers, M. P. (2011). A review of consumer-provided services on assertive community treatment and intensive case management teams: implications for future research and practice. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 17(1), 37-44.
- Young, M. S., Barrett, B., Engelhardt, M. A. et Moore, K. A. (2014). Six-month outcomes of an integrated assertive community treatment team serving adults with complex behavioral health and housing needs. *Community Mental Health Journal*, 50, 474-479.
- Zisman-Ilani, Y., Smith, W. R. et Morris, N. P. (2023). Addressing substance use in psychiatric care: an old problem with renewed urgency. *Psychiatric Services*, 74(2), 201-203.