

Cadre de référence

Interventions en présence de troubles concomitants de santé mentale et de problématique d'usage (de substances psychoactives, de jeux de hasard et d'argent ou d'utilisation d'internet)

Équipe spécialisée en troubles concomitants

**Direction des programmes en santé mentale
et dépendances (DSMD)**

**Adoption Avril 2022
Version finale Juin 2022**

Comité de travail

Benoît St-Ours	Ergothérapeute, Équipe spécialisée en troubles concomitants, DSMD
Céline Desbiens	Cheffe de programmes, Dépendances adultes, DSMD
Ève Pichette	Infirmière clinicienne, Équipe spécialisée en troubles concomitants, DSMD
Julie Dufour	Psychologue, Équipe spécialisée en troubles concomitants, DSMD
Laurie Dionne-Jalbert	Travailleuse sociale, Équipe spécialisée en troubles concomitants, DSMD

Rédaction et coordination

Marie-Josée Collard	Agente de planification, de programmation et de recherche, DSMD
----------------------------	---

Consultations (par ordre chronologique)

Claudine Lemay	Directrice adjointe des services spécifiques et courants, DSMD
Équipe du CECTC	(Jean-Marc Ménard, André Jauron et Dr Simon Dubreucq)
Nadine Blanchette-Martin	M. Serv. Soc., Service de recherche en dépendance CIUSSS-CN/CISS-CA
Francine Ferland	Ph.D., Service de recherche en dépendance CIUSSS-CN / CISS-CA
Annie Bellavance	Psychologue et coordonnatrice clinique au programme dépendances, DSMD
Dre Violaine Germain	MD au programme de traitement du trouble lié à l'usage des opioïdes
Dre Karine Paquet	MD psychiatre
Caroline Côté	Conseillère cadre à la collaboration interprofessionnelle, DSM
Claudine Lepage	Conseillère cadre et chargée de projet du PQPTM, DSM
Julie Lesage	Directrice adjointe des services de soutien et de réadaptation dans la communauté, DSMD
Richard Thiboutot	Directeur adjoint des services de réadaptation de longue durée en hébergement et de la psychiatrie légale, DSMD
Véronique Fugère	Directrice adjointe du réseau local et des partenariats avec la communauté, DSMD
Maryse Bouffard	Directrice adjointe des soins aigus en psychiatrie, DSMD
Jean-François Beaulieu	Adjoint au directeur – Volet accès et trajectoires, DSMD
Frédéric Keck	Adjoint au directeur – Volet qualité, performance et partenariat avec la communauté, DSMD
Véronique Delneuveille	Adjointe au directeur – Volet plan de transformation des services, DSMD

Table des matières

LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	2
1. MISE EN CONTEXTE	4
2. OBJECTIF DU CADRE DE RÉFÉRENCE	6
3. ORIENTATIONS À L'ÉGARD DES MEILLEURES PRATIQUES.....	6
4. PRINCIPES DIRECTEURS	6
4.1 PRINCIPES JURIDIQUES.....	6
4.2 PRINCIPES ÉTHIQUES.....	7
4.3 PRINCIPES CLINIQUES.....	8
5. NIVEAUX D'INTÉGRATION DES SERVICES	9
6. ÉVALUATION DU NIVEAU D'INTÉGRATION DES SERVICES	10
7. PROCESSUS CLINIQUE	11
8. COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE (CIP)	13
9. APPROCHES ET MODÈLES PRÉCONISÉS	13
10. OUTILS SOUTENANT LE PROCESSUS CLINIQUE.....	17
10.1 OUTILS ORIENTÉS VERS LES PROBLÉMATIQUES D'USAGE	17
10.2 OUTILS ORIENTÉS VERS LES PROBLÉMATIQUES DE SANTÉ MENTALE	18
10.3 AUTRES OUTILS.....	19
11. DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES ET SOUTIEN CLINIQUE.....	20
12. OPTIMISATION DES SERVICES	21
13. CONCLUSION	22
BIBLIOGRAPHIE	23
ANNEXE 1 : CONTINUUM DES PRATIQUES DE COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX	28
ANNEXE 2 : GRILLE D'ÉVALUATION POUR LES SERVICES EN DÉPENDANCE.....	29
ANNEXE 3 : GRILLE D'ÉVALUATION DES SERVICES EN SANTÉ MENTALE.....	40
ANNEXE 4 : EXEMPLES DE SERVICES INTÉGRÉS TIRÉS DE LA LITTÉRATURE.....	50

Liste des abréviations

ASAM	American Society of Addiction Medicine
CECTC	Centre d'expertise et de collaboration en troubles concomitants
CIUSSS	Centre intégré universitaire en Santé et Services sociaux
CIP	Collaboration interprofessionnelle
CIWA-Ar	Clinical Institute Withdrawal Assessment-Alcohol Revised
COWS	Clinical opiate withdrawal scale
DÉBA (A/D/J/I)	Détection et évaluation du besoin d'aide (Alcool, Drogue, Jeu-8, Internet)
DSM	Direction des services multidisciplinaires
DSMD	Direction des programmes en santé mentale et dépendance
EM	Entretien motivationnel
ENA	Environnement numérique d'apprentissage
GAD-7	Generalized Anxiety Disorder
IGT	Indice de gravité d'une toxicomanie
JHA	Jeux de hasard et d'argent
PHQ-9	Patient Health Questionnaire
PQPTM	Programme québécois pour les troubles mentaux
PR	Prévention de la rechute
QFS	Questionnaire de fonctionnement social
RAC	Résidence à assistance continue
RCPI	Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux
RUISSS	Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux
SAMHSA	Substance Abuse and Mental Health Services Administration
SAPAS	Standardised Assessment of Personality – Abbreviated Scale

Liste des abréviations (suite)

SCS	Service de consommation supervisée
SIM	Suivi intensif dans le milieu
SPA	Substance psychoactive
TC	Troubles concomitants
TSM	Trouble de santé mentale
TUS	Troubles d'utilisation de substances
UPI	Utilisation problématique d'internet
WSAS	Work and Social Adjustment Scale

1. Mise en contexte

Historiquement, les services en santé mentale et les services en dépendance se sont développés de façon parallèle. Bien que tous deux aient développé des créneaux d'expertise très spécifiques, une clientèle leur étant commune ne parvient toujours pas à obtenir l'ensemble des services dont elle a besoin. Ce sont les personnes qui présentent des troubles concomitants.

Description de la clientèle

Bien que les troubles concomitants puissent se présenter selon différentes déclinaisons, ce cadre de référence circonscrit les « troubles concomitants » aux personnes qui présentent une combinaison de problématique de santé mentale et de problématique d'usage (de substances psychoactives, de jeux de hasard et d'argent ou d'utilisation des écrans/internet).

Prévalence

Dans la littérature, les taux de prévalence en troubles concomitants concernent principalement les troubles de santé mentale combinés aux troubles d'utilisation de substances (TUS).

Au Canada, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2012 indique que 1,2 % des Canadiens âgés de 15 à 64 ans (282 000 personnes) avaient souffert de troubles de santé mentale (TSM) et de troubles liés à la consommation d'alcool ou de drogues simultanément au cours de l'année précédente (au moins un trouble de l'humeur ou d'anxiété et un trouble lié à la consommation d'alcool ou de drogues). Si cette prévalence paraît faible, la réalité clinique indique le contraire. Selon le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, plus de 50 % des personnes cherchant de l'aide pour une toxicomanie présentent aussi un TSM. De plus, entre 15 et 20 % des personnes s'adressant à des services de santé mentale vivent aussi avec une toxicomanie. Au Québec, il y aurait entre 150 000 et 200 000 adultes présentant des TSM jugés graves. Les deux tiers de ce nombre, soit entre 100 000 et 133 000 Québécois adultes, seraient également aux prises avec un problème d'usage de substances psychoactives.¹

En ce qui concerne les taux de prévalence des problématiques de santé mentale combinées aux troubles d'utilisation des écrans/internet, nous retrouvons très peu de données pour le moment, car la problématique nécessite d'être davantage étudiée. Néanmoins, une étude qui portait sur le profil clinique d'adolescents ayant consulté un centre de réadaptation en dépendance au Québec en raison d'une utilisation problématique d'internet (UPI) a permis de mettre en lumière certains constats.

Près de 97% des adolescents ayant participé à l'étude présentaient au moins un trouble de santé mentale en concomitance avec l'UPI et près de 69% présentaient trois troubles concomitants et plus. De plus, 69% avaient reçu des services en santé mentale au cours des 12 derniers mois (Dufour et al., 2019)².

¹ Les troubles concomitants - Synthèse des connaissances, CECTC (2021)

² Portrait clinique des adolescents en traitement pour une utilisation problématique d'internet. Dufour, M., Gagnon, S.R., Nadeau, L., Légaré, A.-A. & Laverdière, É. (2019)

De plus, les études démontrent que les problématiques de santé mentale sont fréquentes chez les personnes qui demandent des services pour un problème de jeux de hasard et d'argent (JHA). Près de la moitié d'entre elles (47,9%) présenteraient un trouble de la personnalité (Dowling et al., 2015)³

Plus près de nous, un sondage réalisé en avril 2021, auprès d'intervenants de la Direction des programmes Santé mentale et Dépendance (DSMD) du CIUSSS de la Capitale-Nationale a fait ressortir l'importance des troubles concomitants chez la clientèle desservie par la direction. Près de 57% des répondants mentionnent travailler de « *fréquemment à tout le temps* » avec ce type de clientèle.

Enjeux que représente le traitement des troubles concomitants

Tel que mentionné précédemment, les services en santé mentale et en dépendance se sont développés, par le passé, de façon parallèle. Il est démontré que dans un tel contexte la présence de troubles concomitants puisse demeurer non détectée chez une partie des usagers.

Pourtant, les pratiques cliniques et la littérature démontrent que les TC sont associés à :

- une augmentation des comorbidités physiques;
- une augmentation des risques de suicide, de violence et d'itinérance;
- un engagement plus faible et une moins bonne réponse aux interventions;
- une plus grande utilisation des services d'urgence et hospitaliers;
- des problèmes judiciaires accrus;
- davantage d'épuisement chez les intervenants de la santé et des services sociaux.

Soucieux de définir un modèle d'organisation de soins et de services permettant de répondre aux besoins de cette clientèle, la DSMD a fait appel au Centre d'expertise et de collaboration en troubles concomitants (CECTC) du Réseau universitaire intégré en santé et services sociaux (RUISSS) de l'Université de Montréal. Le partenariat avec cette équipe d'experts a permis d'établir les assises d'une organisation de services orientée vers les meilleures pratiques, telles que défini par le modèle de l'American Society of Addiction Medicine (ASAM), un modèle qui fait largement consensus dans la littérature et auprès des dispensateurs de services en dépendance.

³ Dowling, N.A., Cowlishaw, S., Jackson, A.C., Merkouris, S.S., Francis, K.L. & Christensen, D.R. (2015a). The prevalence of comorbid personality disorders in treatment-seeking problem gamblers: A systematic review and meta-analysis

2. Objectif du cadre de référence

Ce cadre de référence vise à fournir les assises nécessaires au développement d'une vision commune entre les acteurs impliqués dans l'organisation des services, dans l'accompagnement et dans l'intervention auprès des personnes qui présentent des troubles concomitants.

Les objectifs spécifiques sont :

- présenter les modèles et les approches préconisés;
- définir un processus clinique standardisé à l'égard du traitement des TC (repérage, détection, évaluation, intervention);
- identifier les outils cliniques soutenant ce processus clinique;
- établir les modalités de soutien nécessaires au développement, ainsi qu'au maintien de l'expertise clinique.

3. Orientations à l'égard des meilleures pratiques

L'offre de services en troubles concomitants de la DSMD s'inscrit en cohérence avec les orientations suivantes :

- Offre de services en dépendances 2007-2012, MSSS (2007);
- Collaboration pour les soins en toxicomanie et en santé mentale : Meilleurs conseils, Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (2015);
- Avis INESSS : Modèles de dispensation des soins et services aux personnes présentant des troubles concomitants de santé mentale et de dépendance (2016);
- Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028, MSSS (2018);
- Programme québécois pour les troubles mentaux: des autosoins à la psychothérapie, MSSS (2020);
- Plan d'action interministériel en itinérance 2021-2026, MSSS (2021);
- Lignes directrices sur les habitudes de jeu à moindre risque, Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substance (2021);
- Le Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026, MSSS (2022).

4. Principes directeurs

4.1 Principes juridiques

Au Québec, les soins et services sont encadrés par des lois qui visent à protéger les droits des usagers. Le système de santé et de services sociaux a notamment pour assises :

- La Charte canadienne des droits et libertés;
- Le Code civil du Québec;
- La Loi sur les services de Santé et les Services sociaux;
- La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui.

De façon plus spécifique, ces lois visent à garantir aux usagers:

- d'être tenus informés de leur état de santé et des options qui s'offrent à eux;
- de participer à toutes les décisions qui affectent leur état de santé ou de bien-être, car nul ne peut être soumis à des soins sans son consentement;
- d'être accompagnés et assistés d'une personne de leur choix;
- que soient respectés le secret professionnel et la confidentialité de leur dossier;
- de pouvoir accéder au contenu de leur dossier, et ce, dès l'âge de 14 ans;
- que soient préservés leur dignité, leur honneur et leur réputation;
- que soit respectée leur vie privée.

4.2 Principes éthiques

« Le CIUSSS de la Capitale-Nationale a la volonté d'assurer et d'améliorer de façon continue la sécurité et la qualité des soins et des services offerts à sa clientèle. Une des stratégies retenues est d'encourager le développement d'une réflexion éthique qui est essentielle à la réalisation de la mission.»⁴

Ainsi, les principes éthiques et les valeurs organisationnelles de l'établissement s'appuient sur le *Cadre d'éthique institutionnel* (CIUSSS-CN, 2019) et le code d'éthique *Vos droits, nos engagements* (CIUSSS-CN, 2018).

Les valeurs organisationnelles⁵

Une des dimensions importantes en matière d'éthique est certainement la définition des valeurs organisationnelles en raison de leur impact sur les façons d'être et d'agir. Les valeurs sont des phares qui indiquent vers quoi l'organisation désire cheminer et sur quoi l'organisation devrait s'appuyer en cas d'incertitude. Les valeurs sont des guides pour l'action; elles sont constituées d'éléments que l'organisation considère comme des idéaux à poursuivre.

C'est donc dans cette perspective qu'au terme d'un vaste processus de consultation, le conseil d'administration a adopté les cinq valeurs organisationnelles suivantes :

Bienveillance : Se manifeste par des relations guidées par la recherche du bien des uns et des autres.

Respect : Se caractérise par la reconnaissance en la capacité d'agir de toute personne que l'on traite avec dignité et dont nous estimons la valeur.

Collaboration : Se manifeste par l'engagement des personnes qui œuvrent au CIUSSS de la Capitale-Nationale à s'impliquer au sein des équipes de travail et à y intégrer, à titre de membre à part entière, les usagers, leurs proches et les partenaires dans l'atteinte d'un but commun.

⁴ Cadre d'éthique institutionnel, CIUSSS-CN (2019)

⁵ Cadre d'éthique institutionnel, CIUSSS-CN (2019)

Responsabilisation : Se manifeste par la rigueur et l'imputabilité afin de contribuer à la réalisation de la mission de l'établissement en demeurant centrée sur l'expérience et les besoins de l'utilisateur et de ses proches.

Audace : Se traduit par une attitude proactive face au changement et l'aptitude à saisir les opportunités, tout en faisant preuve de créativité, d'innovation et de courage.

4.3 Principes cliniques⁶

Les principes suivants guident la planification, l'organisation et le déploiement des soins et services offerts aux personnes qui présentent des troubles concomitants. Ils sont définis à partir des orientations à l'égard des meilleures pratiques, ainsi qu'en cohérence avec les principes légaux et éthiques énumérés précédemment :

- L'utilisateur et ses proches sont au cœur de toutes les décisions qui les concernent et qui sont prises dans un esprit de responsabilité partagée.
- Les troubles concomitants de santé mentale et de dépendance doivent être considérés comme une problématique à part entière et non comme une simple addition de deux problématiques distinctes. Ainsi, de par leur prévalence élevée, les troubles concomitants doivent être considérés comme la norme et non l'exception. En ce sens, le repérage des troubles concomitants doit être réalisé de façon systématique.
- Les réponses doivent être holistiques, individualisées et adaptées aux besoins, aux préférences, aux projets de vie, ainsi qu'au niveau de motivation des usagers.
- L'utilisation d'approches fondées sur des données probantes doit être favorisée, centrée sur la personne, son rétablissement, ses forces et ses choix.
- L'organisation des services doit permettre un accès facile, simple et équitable, à partir de points d'entrée multiples, peu importe l'endroit où l'utilisateur s'adresse initialement (principe du « No wrong door »).
- Les usagers doivent pouvoir bénéficier d'un accueil adapté au plan culturel, sensible à la stigmatisation ainsi qu'aux traumatismes qu'ils ont souvent vécus, qui cible leur engagement et leur rétention en traitement.
- L'organisation du travail doit favoriser une coordination et une continuité de services intégrés et adaptés au niveau de complexité des situations vécues par la clientèle, qui assure une intensité et durée de traitement appropriée, un ajustement continu des soins, et ce, en fonction de l'évolution de la condition.
- Un processus clinique standardisé doit être déployé à l'ensemble de la DSMD, favorisant une offre de services cohérente à l'intérieur des continuums de services.
- La démarche de services intégrés doit s'appuyer sur une collaboration interprofessionnelle et intersectorielle forte, faisant appel à différentes formes d'association entre les équipes de santé mentale et de dépendance, où la contribution des partenaires communautaires occupe une place importante pour soutenir l'intégration des personnes dans leur communauté.

⁶ Inspiré des recommandations du Centre d'expertise et de collaboration en troubles concomitants (2020)

- La mise en place de mécanismes d'encadrement de la pratique clinique en matière de troubles concomitants (formation, supervision clinique, soutien-conseil et évaluation de la satisfaction des usagers) doit permettre d'assurer la pertinence, la cohérence, la continuité et la qualité des services.

5. Niveaux d'intégration des services

Dans la pratique, l'organisation des soins et services dédiés aux personnes qui présentent des troubles concomitants peut se décliner selon trois modèles de traitement :

Traitement séquentiel⁷

- Traitement d'une première condition et traitement de l'autre condition par la suite. Cette pratique est assurément la moins préconisée pour la prise en charge des personnes qui présentent des TC. Cependant, dans un contexte où il est difficile de faire autrement, la mise en place d'un mécanisme efficace de coordination des transferts est nécessaire, afin d'assurer une prise en charge rapide tout en assurant une continuité des services.

Traitement parallèle

- Les deux conditions sont traitées simultanément par deux équipes différentes. Ce type de traitement peut être très efficace dans la mesure où des mécanismes de collaboration sont en place, permettant aux deux équipes d'intervenir de façon cohérente et concertée dans la réponse aux besoins de l'utilisateur. Voir le continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle (annexe 1) à ce sujet.

Traitement intégré

- Les deux conditions sont traitées simultanément par la même équipe traitante. Bien que le traitement intégré semble démontrer des résultats prometteurs et que ce dernier soit favorisé par la littérature, son application dans la pratique peut soulever de nombreux enjeux dans une organisation de services de la taille de la DSMD.

Ainsi, nous pouvons retenir des diverses sources consultées qu'il n'existe pas de recette unique pour le traitement des troubles concomitants, que ces traitements ne réfèrent pas nécessairement à des services spécialisés ou surspécialisés, mais doivent donc être offerts à tous les niveaux de services.

Il est donc impératif de tendre vers une augmentation de la capacité des équipes à offrir des services intégrés, notamment par le développement de l'expertise et l'accès à du soutien clinique. À cette fin, le personnel clinique doit bénéficier d'un accès rapide à une expertise complémentaire lorsque requis. Ceci par la mise en place de mécanismes de collaboration efficaces.

⁷ Inspiré d'une présentation du CECTC (Juillet 2020)

6. Évaluation du niveau d'intégration des services

De façon à soutenir une transformation progressive des pratiques cliniques, l'équipe de McGovern et Gotham, pour le compte de la Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) aux États-Unis, a produit deux grilles d'évaluation permettant de situer, de façon objective, le niveau d'intégration des services en dépendance et en santé mentale. Ces grilles s'appuient sur le modèle de l'American Society of Addiction Medicine (ASAM, 2013) en matière de troubles concomitants.

Les équipes cliniques de la DSMD peuvent donc, à l'aide de ces outils, évaluer le niveau d'intégration des services qu'elles offrent, en plus d'identifier, s'il y a lieu, des pistes d'amélioration leur permettant d'évoluer vers un niveau adapté au profil de leur clientèle.

Les sept dimensions préconisées par la littérature sont⁸ :

- Une structure organisationnelle qui soutient une offre de services collaborative et intégrée;
- Une culture de services accueillante pour les personnes présentant des TC;
- Un processus systématique de détection, d'évaluation et de diagnostic des TC;
- Un processus clinique qui prévoit une planification par étape du traitement, une évaluation continue des symptômes propres à chaque trouble en cours de traitement et le recours à de multiples approches thérapeutiques, telles que la pharmacothérapie, la psychoéducation, le soutien pour les usagers et leur famille, des interventions spécialisées de réadaptation et des services de pairs aidants;
- Une continuité de services centrés sur le rétablissement et les relances auprès de la clientèle;
- Le recrutement de ressources humaines compétentes, expérimentées et certifiées dont les pratiques cliniques sont supervisées et soutenues pour assurer la qualité de soins;
- De la formation continue qui permet la maîtrise de compétences de base et avancées en matière de TC.

Les grilles d'évaluation, traduites en français, sont disponibles en annexe. L'annexe 2 s'adresse aux équipes qui offrent des services en dépendance et l'annexe 3 aux équipes de santé mentale. Il est important de préciser que ces grilles d'évaluation ont été produites pour les troubles d'utilisation de substances. Elles peuvent néanmoins être utilisées, avec certaines nuances, pour les autres dépendances (jeux de hasard et d'argent, utilisation problématique d'Internet).

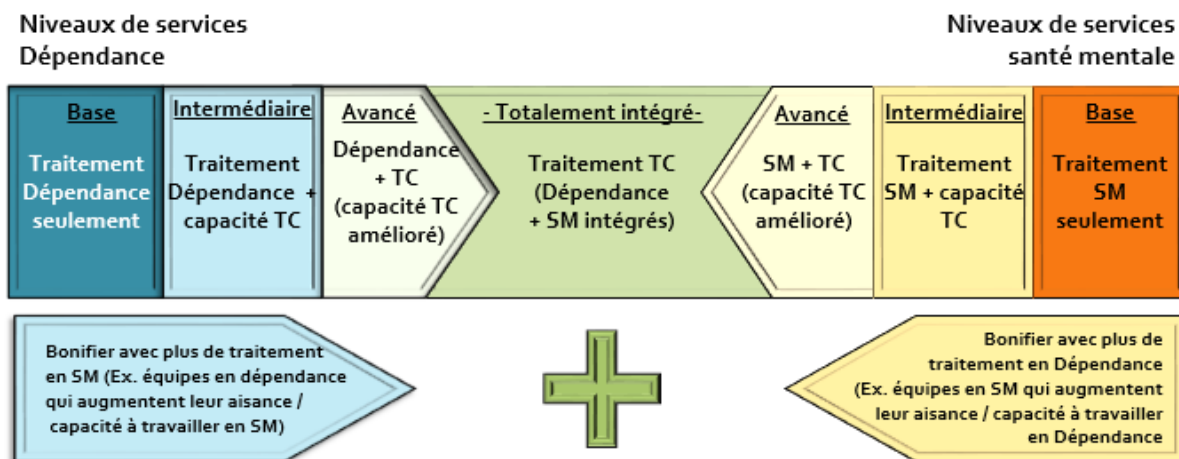
Les résultats obtenus à l'aide des grilles d'évaluation permettent ensuite de cibler le niveau de capacité d'une équipe à offrir des services adaptés aux besoins des personnes qui présentent des TC. Le modèle des capacités de l'ASAM identifie quatre niveaux de capacité :

- **Niveau de base:** L'équipe clinique a la capacité d'offrir des services appropriés en santé mentale ou en dépendance seulement et de détecter d'autres problématiques. Les usagers qui présentent d'autres problématiques sont réorientés. Dans les faits, l'ASAM proscrit ce niveau de soin.

⁸ Les troubles concomitants - synthèse des connaissances, CECTC (2021)

- **Niveau intermédiaire:** L'équipe clinique offre essentiellement des traitements sur une problématique, tout en s'occupant de certains besoins particuliers d'une seconde problématique. Ce niveau correspond aux services « capables », soit au niveau 3 dans la grille de McGovern & Gotham. Ils sont donc en mesure de mieux tenir compte des troubles concomitants sur plusieurs dimensions.
- **Niveau avancé:** L'équipe clinique s'assure que la clientèle reçoive des services intégrés, formalisés, ainsi que systématisés en dépendance et en santé mentale. La collaboration entre les prestataires de soins est considérée essentielle et fait partie des procédures à respecter et à mettre en valeur.
- **Niveau totalement intégré:** L'équipe clinique combine activement les interventions de santé mentale et de dépendance, afin de traiter efficacement les personnes présentant un trouble concomitant. Il s'agit d'une intégration organisationnelle, au sein de laquelle les interventions et les traitements sont coconstruits dans une unité ou un service où les règlements, l'administration de même que le personnel sont regroupés selon un fonctionnement cohérent, planifié et intégré, SAMHSA, (2008).

Quelques exemples de services intégrés ont été placés à l'annexe 4, tirés des travaux de Rush et coll. (2002).



* Adaptation du schéma original du SAMHSA (2008)

7. Processus clinique

Le déploiement d'un processus clinique standardisé et harmonisé à l'ensemble de la DSMD est au cœur d'une offre de services intégrés en troubles concomitants. Les composantes décrites ci-dessous favorisent la coordination et la continuité des services. Elles permettent d'adapter les interventions au niveau de complexité des situations, en plus d'assurer l'intensité, la durée et les ajustements requis tout au long du traitement. De plus, il est important de rappeler que les approches collaboratives entre tous les acteurs impliqués auprès des usagers sont essentielles à chacune des étapes de ce processus.

7.1 Repérage et détection : Les troubles de santé mentale et de dépendance doivent systématiquement faire l'objet d'un repérage et d'une détection dans l'ensemble des trajectoires de services. Il est recommandé d'utiliser des outils cliniques standardisés en soutien au jugement clinique, dont les qualités psychométriques sont établies (voir section sur les outils).

7.2 Évaluation systématique et standardisée : Pour la clientèle détectée positivement, l'ASAM recommande que les risques ou les enjeux possibles reliés aux dimensions suivantes soient systématiquement évalués et documentés :

- **Intoxication / sevrage** : Historique de consommation de l'utilisateur et risques pouvant être associés à un sevrage afin d'évaluer les conséquences possibles d'un traitement et déterminer si une orientation vers un service de sevrage est préalablement requise.
- **Condition médicale** : Historique et condition de santé actuelle de l'utilisateur (condition physique ou médicale) qui pourraient constituer un frein ou une complication dans le traitement.
- **Condition émotionnelle ou cognitive** : Difficultés mentales, émotionnelles ou comportementales qui pourraient freiner ou compliquer le traitement. Les enjeux rencontrés par l'utilisateur au niveau de ses pensées, de ses émotions et de son état mental.
- **Motivation au changement** : Niveau d'engagement de l'utilisateur dans le traitement et importance qu'il accorde au changement.
- **Rechutes ou persistance des problématiques** : Habiletés ou compétences dont dispose l'utilisateur pour éviter les rechutes (notion de bris d'objectif maintenant aussi considérée) ou l'augmentation des symptômes attribuables à sa problématique.
- **Environnement de vie** : Évaluation de l'environnement physique, du réseau social et des ressources de soutien dont dispose l'utilisateur pour son rétablissement.

* Il est à noter que les critères de l'ASAM sont conçus pour guider les pratiques du personnel clinique dans le traitement des problématiques de santé mentale et de dépendance. Cependant, ces critères ne peuvent, en aucun cas, se substituer à leur jugement clinique basé sur l'analyse spécifique des données et circonstances particulières relatives à leurs usagers.

7.3 Plan d'intervention⁹ : De concert avec l'utilisateur et s'il le souhaite, avec ses proches ainsi que les partenaires impliqués, la rédaction du plan d'intervention permet de convenir d'objectifs de traitement individualisés, adaptés aux besoins identifiés avec la personne, ainsi qu'à son niveau de motivation et d'engagement au traitement. De plus, le plan d'intervention doit tenir compte des problématiques de santé mentale, des problématiques d'usage, des situations possibles de crise et de rechutes (ou bris d'objectif), tel que documenté dans les six dimensions de l'ASAM décrites au point 2. D'autres outils, tels que le plan thérapeutique infirmier ou le plan de traitement, utilisés par certaines professions, permettent aussi d'établir des objectifs de traitement et servir d'assise à la collaboration interprofessionnelle.

⁹ Se référer au document : *Procédure (tronc commun) relative au plan d'intervention unidisciplinaire (PI), au plan d'intervention interdisciplinaire (PII), au plan de services individualisé (PSI), au plan de services individualisé intersectoriel (PSII) et à la note de concertation*, DSM du CIUSSSCN (2020) déposé sur la Zone CIUSSS

7.4 Approches cliniques : Une gamme variée d’approches cliniques peuvent être utilisées (médicales, psychosociales ou pharmacologiques) en fonction des objectifs spécifiques identifiés au plan d’intervention. Que ce soit des interventions brèves ou de longue durée, dans la communauté ou dans un milieu qui offre des services d’hébergement, ces approches doivent cibler les problématiques de santé mentale et d’usage. Elles doivent être sécuritaires, pertinentes et ajustées au niveau de besoin, ainsi qu’au profil de l’usager.

7.5 Suivi de l’évolution de la condition : Les résultats des interventions cliniques doivent faire l’objet d’une évaluation en continu (signes, symptômes, évolution de la condition) en fonction du niveau d’atteinte des objectifs inscrits au plan d’intervention. La mesure et l’ajustement des interventions en continu sont en cohérence avec les meilleures pratiques.

7.6 Plan de transition : En préparation de la fin de l’épisode de services et afin d’assurer une continuité de services, un plan de transition est élaboré avec l’usager et ses proches, dans lequel sont précisées les actions à poursuivre ainsi que les ressources disponibles pour le soutenir dans son rétablissement.

8. Collaboration interprofessionnelle (CIP)

Dans un contexte d’intervention auprès d’une clientèle qui présente des besoins complexes, la collaboration entre les intervenants de différentes disciplines, de différents programmes/services ou entre partenaires est fortement encouragée. Toutefois, les approches de CIP s’actualisent d’abord et avant tout par la collaboration avec les usagers et leurs proches, en les impliquant notamment à l’élaboration et la mise en œuvre du plan d’intervention. Une pleine et entière participation des usagers et des proches, à toutes les décisions qui les concernent, favorise leur collaboration et leur engagement au processus clinique.

Des outils produits par le Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI) sont accessibles sur le web, afin de soutenir les intervenants dans l’intégration des pratiques collaboratives.

- Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux :
https://www.presenter.cifss.ulaval.ca/RCPI/Continuum_des_pratiques_de_collaboration_interprofessionnelle_PUB/
- Les compétences à la collaboration interprofessionnelle :
https://www.presenter.cifss.ulaval.ca/RCPI/Referentiel_des_compétences_PUB/

9. Approches et modèles préconisés

En cohérence avec les meilleures pratiques et le processus clinique défini précédemment, les approches et modèles suivants sont préconisés, sans toutefois être restrictifs, dans l’intervention auprès de la clientèle.

9.1 Les approches essentielles dans le traitement des troubles concomitants

Les approches décrites dans cette section permettent d'établir les assises cliniques et le partage d'une philosophie d'intervention entre les intervenants. Elles guident non seulement les interventions et les interactions avec la clientèle, mais balisent par le fait même, le fonctionnement à l'intérieur des équipes.

L'approche de partenariat

« Le partenariat est une approche qui repose sur la relation entre les usagers, leurs proches et les acteurs du système de santé et de services sociaux.(...) En contexte de soins et de services, soit le plus souvent en situation de maladie, d'incapacité, de difficulté psychosociale ou à cause de certaines réalités liées au vieillissement, l'approche de partenariat contribue à ce que l'expérience vécue par l'utilisateur et ses proches respecte ses attentes, ses besoins et son projet de vie. Dans ce contexte, cette approche vient renforcer l'autonomie et la responsabilisation de l'utilisateur vis-à-vis de ses soins, de ses services et de sa santé. Elle améliore ses capacités d'autogestion et de prise de décision à partir de choix qui prennent en compte ses besoins, ses valeurs et, lorsqu'il y a lieu, son projet de vie. (...) Cette approche vient également réitérer l'importance du rôle des intervenants pour qu'ils outillent et soutiennent l'utilisateur lors du processus de prise de décision en vue de l'atteinte de l'autonomie visée.»¹⁰

L'approche orientée vers le rétablissement

« Le rétablissement est un engagement dans un cheminement unique et personnel, ancré dans l'espoir et le pouvoir d'agir de la personne. Au-delà des effets catastrophiques de la maladie, la personne aspire à une vie pleinement épanouie dans sa communauté. En complément, elle comprend l'engagement de tout le personnel dans la prestation des soins et des services. Le rétablissement implique un rapport plus égalitaire entre la personne et les professionnels de la santé, notamment au niveau des expertises, l'un se retrouvant expert de sa condition et l'autre des soins et des services. Par ailleurs, dans une logique de rétablissement, une rechute ou une nouvelle hospitalisation ne doit pas être perçue comme un échec, mais plutôt comme une expérience permettant à l'individu d'apprendre et de grandir. De même, le rétablissement n'implique pas nécessairement la guérison, c'est-à-dire l'absence de symptômes. Une personne peut se considérer comme rétablie même si elle continue de prendre des médicaments ou si elle présente toujours des symptômes résiduels.»¹¹

L'approche axée sur les forces

« Fondée sur les capacités à apprendre, grandir et changer, cette approche cherche à utiliser les forces et les intérêts de l'utilisateur plutôt que ses faiblesses ou ses problèmes. Comme cette approche est orientée vers l'atteinte des buts fixés par l'utilisateur, elle vise à susciter l'espoir. Par ailleurs, elle aborde la communauté comme un vaste réseau de partenaires susceptibles

¹⁰ Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux, MSSS (2018) p.V

¹¹ Continuum de services pour les troubles mentaux courants au CIUSSS de la Capitale-Nationale (2018)

d'offrir du soutien. Les équipes de soutien d'intensité variable (SIV), le programme de soutien à l'emploi et la thérapie orientée vers les solutions s'inscrivent dans cette perspective.»¹²

L'approche systémique

L'approche systémique ne se limite pas qu'au diagnostic et au traitement d'une problématique ou d'une maladie, mais s'attarde à la personne dans sa globalité (son milieu de vie, son environnement social, familial, professionnel, etc.). « L'approche systémique n'est ni une forme de thérapie ni un ensemble de techniques thérapeutiques. C'est plutôt une façon de saisir la réalité qui reconnaît l'interaction comme principe fondamental de tout ce qui vit. De la plus petite cellule à l'organisme complet, de l'individu à la société entière, tout est composé d'éléments qui interagissent. Adopter une vision systémique, ce n'est pas modifier la réalité, c'est transformer son regard ; c'est également élargir son champ de vision pour s'intéresser à l'information qui circule dans tous les processus relationnels.»¹³

L'approche de réduction des méfaits

La réduction des méfaits consiste à réduire les conséquences négatives d'un comportement dommageable (abus de substances, jeux de hasard et d'argent, comportement sexuel à risque, etc.) chez un usager qui n'est pas en mesure ou n'a pas la motivation nécessaire au changement. Les interventions visent avant tout l'amélioration de la condition physique et psychologique de l'usager en tenant compte de son rythme, de ses objectifs et des risques encourus. Comme cette approche s'actualise à l'intérieur d'un continuum d'interventions, l'arrêt complet du comportement néfaste n'est pas exclu dans certaines situations. De plus, l'adaptation des interventions cliniques dans une visée de réduction des méfaits n'est pas sans défis. On pense par exemple, à la gestion des risques et des enjeux de sécurité pour l'usager, ses proches, pour les équipes traitantes et pour la communauté. Aussi, notons les défis entourant le partage d'une vision commune au sein d'une équipe traitante face à des comportements socialement controversés.

Le service de consommation supervisée (SCS), récemment implanté à Québec, illustre bien la philosophie d'intervention d'une approche de réduction des méfaits.

Les soins sensibles au traumatisme

Lorsqu'on réfère aux soins sensibles au traumatisme, il n'est pas demandé aux intervenants de : «...guérir le traumatisme, mais plutôt de comprendre que le traumatisme est un phénomène courant chez leur clientèle et qu'il prend diverses formes dans la vie des personnes touchées. En fait, on pourrait dire que ces services se rapprochent considérablement de ceux en réduction des méfaits, dans la mesure où ils sont axés sur la sécurité et la mobilisation. Le climat de confiance régnant dans les milieux sensibles au traumatisme amène les bénéficiaires à envisager de cheminer vers la guérison, tout en s'épargnant de nouveaux traumatismes.»¹⁴

¹² Adaptation du document : Les troubles concomitants - Synthèse des connaissances, CECTC (2021)

¹³ L'approche systémique en santé mentale, Louise Landry Balas, Presse de l'Université de Mtl, (2008) p.7

¹⁴ Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, « les soins sensibles au traumatisme », (2014)

9.2 Les approches cliniques reconnues

Il s'agit de différentes modalités d'intervention reconnues pouvant être utiles dans les soins et services en troubles concomitants. L'inventaire proposé n'est pas exhaustif ni hiérarchisé en fonction de la solidité des données probantes. Certaines interventions sont moins étudiées que d'autres, ce qui ne témoigne pas nécessairement d'une moins bonne efficacité. Outre l'accessibilité aux soins de santé physique et psychiatrique, les modalités d'intervention optimales apportent également du soutien à la personne dans plusieurs domaines, tels que le logement, l'emploi, les finances, les loisirs et le réseau social (famille et conjoint).

9.2.1 Traitements pharmacologiques

Les personnes atteintes de troubles concomitants nécessitent généralement un accompagnement médical de leur condition ainsi qu'un suivi pharmacologique étroit. Les nombreuses combinaisons possibles de problématiques de santé mentale et de problématiques d'usage requièrent une gamme variée de traitements pharmacologiques qui tiennent compte des dangers d'interactions entre la médication et les substances consommées. La valeur clinique des soins intégrés prend ici tout son sens.

- **Traitements pharmacologiques reconnus en santé mentale**: antidépresseurs, thymorégulateurs, antipsychotiques, anxiolytiques et psychostimulants.
- **Traitements pharmacologiques reconnus en troubles d'usage de substances**: traitement des états d'intoxication, états de sevrage ainsi que traitements visant la réduction des risques de rechutes ou la diminution de la consommation.

9.2.2 Les traitements non pharmacologiques

L'entretien motivationnel (EM)

« L'EM est un style de communication collaboratif et centré sur un objectif, avec une attention particulière au langage de changement. Il est conçu pour renforcer la motivation d'une personne et son engagement en faveur d'un objectif spécifique, en faisant émerger et en explorant ses propres raisons de changer, dans une atmosphère de non-jugement et d'altruisme. »¹⁵

Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC)

Cette approche d'intervention clinique enseigne à l'utilisateur à reconnaître les pensées qui influencent son comportement. Elle vise à réduire ou faire disparaître les émotions désagréables ou nocives causées par des pensées, des croyances ou des comportements non désirables, en les modifiant et les remplaçant progressivement par des expériences d'apprentissage nouvelles et bénéfiques. La TCC a été adaptée pour divers troubles de santé mentale et de troubles d'usage. Elle a démontré son efficacité aussi bien seule qu'en combinaison avec d'autres types

¹⁵ Miller, William R. et Stephen Rollnick. L'entretien motivationnel: Aider la personne à engager le changement, 2e édition. (2013)

d'intervention. Elle peut être offerte individuellement ou en groupe, à des jeunes manifestant un début de psychose, à des personnes avec des symptômes persistants ou même à titre préventif, chez des personnes à risque. Ainsi, plusieurs types de TCC existent tels que la prévention des rechutes, la thérapie d'acceptation et d'engagement, la thérapie dialectique et comportementale, la thérapie des schémas et la stratégie d'adaptation sécuritaire.

Les traitements comportementaux

Il s'agit d'interventions ciblant de façon particulière les comportements et le mode de vie au quotidien. Elles se déclinent selon différentes variétés : gestion des contingences, entraînement aux habiletés sociales, approche de soutien communautaire et approche de soutien communautaire avec formation familiale.

Les interventions familiales et conjugales

Comme les proches peuvent contribuer de façon significative au rétablissement, plusieurs modalités visent à les soutenir : interventions familiales (groupes d'entraide entre familles, psychoéducation, consultations psychologiques familiales), interventions multifamiliales, interventions conjugales.

Les interventions selon les 12 étapes

Initialement conçues pour les personnes atteintes d'un trouble d'usage d'alcool, les communautés d'entraide s'adressent maintenant aux personnes qui présentent d'autres types de problématiques. Par exemple, les Narcotiques anonymes, les Joueurs anonymes, le Modèle Minnesota ou les communautés thérapeutiques. Ces modalités peuvent être combinées à d'autres interventions, notamment parmi celles mentionnées précédemment.

10. Outils soutenant le processus clinique

Comme les troubles concomitants sont composés d'une variété de troubles mentaux et de problématiques d'usage, il est pratiquement impossible de se limiter à quelques outils cliniques pour soutenir les différentes étapes du processus clinique standardisé décrit précédemment. Cependant, de façon à favoriser la coordination et la continuité des services pour la clientèle, certains outils cliniques, décrits dans cette section, font partie des pratiques reconnues. À noter que ces outils peuvent être utilisés à différentes fins, notamment pour l'évaluation de la situation des usagers, pour soutenir les références vers d'autres services, mais aussi comme outil d'intervention clinique. À cette liste non exhaustive, peut s'ajouter en complément, tout autre outil nécessaire à la pratique clinique des intervenants.

10.1 Outils orientés vers les problématiques d'usage

Questionnaire de repérage des dépendances chez l'adulte

En quelques questions, ces formulaires permettent de repérer rapidement les personnes dont les habitudes d'usage d'alcool, de drogues, de jeux de hasard et d'argent, ainsi que d'utilisation problématique d'internet sont à risque et pour lesquelles une détection s'avère pertinente avec les outils appropriés.

Détection et évaluation du besoin d'aide (DÉBA-Alcool/Drogues/Jeu-8/Internet)

Cet outil a été développé pour soutenir les intervenants dans la détection et l'orientation des personnes aux prises avec un usage à risque. En plus de favoriser l'orientation des usagers vers le niveau de service qui correspond à leurs besoins, l'évaluation réalisée à l'aide du DÉBA permet de soutenir l'élaboration du plan d'intervention. De plus, le rapport personnalisé obtenu à l'aide de cet outil permet à l'utilisateur de comparer sa situation actuelle à des normes établies.

Niveau de désintoxication – Évaluation par les intervenants psychosociaux (NiD-ÉP)

Le NiD-ÉP permet d'évaluer les besoins de désintoxication d'une personne et guider son orientation vers les ressources appropriées. Il comprend l'outil CIWA-Ar (Clinical Institute Withdrawal Assessment-Alcohol Revised) permettant d'observer les signes et symptômes de sevrage à l'alcool. Le CIWA-Ar peut être administré seul dans certaines circonstances.

Clinical opiate withdrawal scale (COWS)

Échelle d'évaluation permettant de détecter la présence ou non de signes et symptômes de sevrage aux opioïdes.

Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT)

L'IGT permet d'évaluer la gravité de la consommation d'alcool ou de drogues, de l'utilisation des jeux de hasard et d'argent, ainsi que des problèmes associés. Il permet également l'orientation vers un traitement approprié en dépendance.

10.2 Outils orientés vers les problématiques de santé mentale

Patient Health Questionnaire (PHQ-9)

Outil de repérage et d'appréciation de la sévérité des symptômes dépressifs. À l'aide de neuf questions, il permet de recueillir de l'information sur la présence et l'intensité des symptômes dépressifs chez des personnes plus à risque. Cet outil, ainsi que le GAD-7 et le WSAS (décrits ci-dessous) font partie des recommandations du Programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM).

Generalized Anxiety Disorder (GAD-7)

« Développé pour repérer la présence d'anxiété généralisée, cet outil présente également une bonne sensibilité pour détecter la présence d'un trouble panique, d'un trouble d'anxiété sociale ou d'un trouble de stress post-traumatique. »¹⁶

Work and Social Adjustment Scale (WSAS)

Ce questionnaire permet notamment d'apprécier le niveau de fonctionnement de la personne adulte, en présence de symptômes associés aux troubles mentaux fréquents.

¹⁶ Document d'information à l'intention des établissements - Programme québécois pour les troubles mentaux : des auto-soins à la psychothérapie (PQPTM), MSSS (2020)

Standardised Assessment of Personality – Abbreviated Scale (SAPAS)

« Le questionnaire SAPAS est composé de huit items et le score total varie de 0 à 8. (...) Ainsi, il peut être utilisé pour identifier les individus qui ont potentiellement un niveau de risque élevé d'avoir trouble de la personnalité dans un contexte de psychiatrie général adulte (comorbidité avec trouble anxieux ou trouble dépressif majeur). »¹⁷ Le SAPAS s'attarde ainsi aux autres dimensions relationnelles de la clientèle.

Questionnaire de fonctionnement social (QFS)

« Composé de 16 items, il mesure deux facettes du fonctionnement social (la fréquence des comportements et la satisfaction par rapport à ceux-ci) au cours des 15 derniers jours. Un indice global de fonctionnement est aussi calculé. »¹⁸ «...le QFS est un instrument simple, bref, informatif et valide dont l'usage est particulièrement adapté aux situations cliniques psychiatriques exigeant une évaluation rapide et répétée du fonctionnement social, aussi bien en termes de fréquence que de satisfaction. Son champ d'application paraît susceptible d'être étendu à d'autres pathologies ou populations. »¹⁹

10.3 Autres outils

Échelles de Rollnick

Instruments qui permettent d'évaluer le niveau de motivation au changement d'une personne, d'améliorer l'alliance thérapeutique et d'appliquer des stratégies motivationnelles adaptées au stade de changement de l'usager (exemple, le cycle de changement). Les échelles de Rollnick peuvent être utilisées pour l'évaluation et l'intervention en santé mentale, ainsi qu'en dépendance.

Plan d'intervention

Le plan d'intervention est un outil indissociable du processus clinique en troubles concomitants. Le CIUSSS de la Capitale-Nationale s'est doté d'un règlement ainsi que d'une procédure (tronc commun) relatifs au plan d'intervention unidisciplinaire (PI), au plan d'intervention interdisciplinaire (PII), au plan de services individualisé (PSI), au plan de services individualisé intersectoriel (PSII) et à la note de concertation. Ces deux documents appuient le déploiement de la collaboration interprofessionnelle dans les directions cliniques de l'établissement et sont disponibles sur la Zone CIUSSS.

¹⁷ https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/default/files/docs/DSM/accesintegre/fabo_tests-sma.pdf

¹⁸ https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/default/files/docs/DSM/accesintegre/fabo_tests-sma.pdf

¹⁹ Validation du Questionnaire de fonctionnement social (QFS), un autoquestionnaire mesurant la fréquence et la satisfaction des comportements sociaux d'une population adulte psychiatrique, L'Encéphale (2006) A. ZANELLO, B. WEBER ROUGET, M. GEX-FABRY, A. MAERCKER, J. GUIMON

11. Développement des compétences et soutien clinique

Le sondage réalisé en 2021 auprès des intervenants de la DSMD a permis de mettre en lumière leur souhait d'améliorer leurs compétences et leurs connaissances en troubles concomitants. Les intervenants ont de plus exprimé leur besoin de soutien clinique et d'avoir accès à des experts pour les guider dans leurs interventions.

11.1 Compétences cliniques attendues

En fonction de leur champ d'expertise spécifique, les cliniciens de la DSMD doivent être en mesure :

- D'être empathique, accueillant, à l'écoute des besoins de la clientèle, de mettre de côté leurs jugements en faisant preuve de bienveillance (savoir-être);
- De détecter et dépister les problématiques de santé mentale et de problématiques d'usage (substances, JHA, UPI), à l'aide d'outils cliniques reconnus, tels que ceux décrits précédemment;
- D'évaluer et déterminer les différents besoins des usagers qui présentent des TC;
- De discuter des diverses options de services possibles avec les usagers et leurs proches, et ce, dans une approche de partenariat;
- D'élaborer un plan d'intervention conformément au règlement et à la procédure relatifs au PI, PII, PSI, PSII et à la note de concertation, en vigueur au CIUSSS de la Capitale-Nationale;
- D'acquérir ou de maîtriser les compétences relatives à la collaboration interprofessionnelle;
- De suivre l'évolution de la situation des usagers à l'aide d'outils cliniques reconnus;
- D'établir les liens nécessaires permettant d'assurer une offre de services en continu.

11.2 Formations

Les cliniciens doivent s'assurer de tenir à jour leurs connaissances cliniques pour répondre aux besoins particuliers des usagers qui présentent des TC. Des formations peuvent être offertes à l'interne ou accessibles sur l'Environnement numérique d'apprentissage (ENA) provincial. De plus, l'équipe spécialisée en troubles concomitants offre des capsules de formation personnalisées à certaines clientèles et adaptées aux réalités cliniques des milieux.

11.3 Équipe spécialisée en troubles concomitants

La DSMD s'est dotée d'une équipe spécialisée en troubles concomitants, afin de soutenir le développement des pratiques cliniques dans la direction, notamment par l'optimisation des connaissances, des compétences et des interventions à l'égard des troubles concomitants. L'offre de services de l'équipe spécialisée se décline en trois volets :

Volet expertise-conseil

- Veiller à l'accès et à la diffusion des connaissances et des pratiques reconnues en TC.
- Tenir un rôle d'expert-conseil et émettre des recommandations en TC, lorsque requis.

Volet formation

- Développer et réviser les contenus de formation en TC, afin que ceux-ci soient plus adaptés aux pratiques reconnues.
- Offrir des modalités de formation plus accessibles, ajustées aux besoins « terrain » et plus personnalisées.
- Soutenir le développement de « spécialistes » en dépendance ou santé mentale dans les équipes.
- Contribuer à la formation de stagiaires dans les diverses disciplines pour des mandats spécifiques en TC.

Volet soutien clinique et accompagnement des équipes

- Contribuer au déploiement, dans la DSMD, des orientations à l'égard des troubles concomitants par l'accompagnement des équipes dans la transformation de leurs pratiques cliniques.
- Offrir des services de mentorat / coaching auprès des équipes.
- Offrir de la consultation clinique auprès d'équipes et d'intervenants pivots à divers stades du traitement des usagers (détection, évaluation, élaboration du plan d'intervention, traitement, etc.).
- Contribuer au dénouement d'impasses thérapeutiques pour des cas jugés plus complexes.
- Co-intervenir avec les équipes traitantes, auprès d'usagers ayant des profils complexes, lorsque requis.

12. Optimisation des services

L'analyse du sondage réalisé auprès des intervenants de la DSMD, les échanges avec le CECTC ainsi que l'appropriation des meilleures pratiques, permettent de dégager quelques pistes de travail pour optimiser les continuums de services actuels :

- Réviser la mission des équipes cliniques en retirant les barrières qu'entraînent les spécificités ou les silos reliés au programme Dépendances ou au programme Santé mentale, selon le principe que la clientèle atteinte de troubles concomitants est la norme et non l'exception. Ainsi, les cliniciens doivent être en mesure d'aborder minimalement les deux problématiques en plus d'avoir accès à du soutien clinique, lorsque requis.
- Optimiser les mécanismes d'accès pour éviter les prises en charge séquentielles.
- Améliorer la capacité des équipes à collaborer entre elles, par la mise en place de mécanismes de coordination, de concertation et de communication entre tous les cliniciens impliqués auprès d'un usager, notamment, lors des traitements en parallèle.
- Améliorer la continuité des services par la coordination et le soutien d'intervenants pivots.
- Promouvoir la collaboration avec les partenaires, de façon à éviter les doublons et favoriser la continuité des services.

- Permettre aux cliniciens d’avoir rapidement accès aux informations relatives aux services reçus par les usagers en dépendance et en santé mentale, à l’aide de systèmes d’information clientèle performants.

13. Conclusion

Au cours des dernières années, diverses initiatives ont démontré l’importance qu’accorde la Direction des programmes santé mentale et dépendance à la mise en place d’une offre de services intégrée et adaptée aux besoins des personnes atteintes de troubles concomitants.

En voici quelques exemples :

- La mise en place d’une équipe spécialisée en troubles concomitants;
- Le déploiement d’infirmières de liaison en dépendance dans les urgences;
- La collaboration entre les équipes de la dépendance et de l’unité psychiatrique du J-2000 pour la clientèle SIM (soutien clinique et offre conjointe de groupes sur la consommation);
- Le projet V au Programme intensif de réadaptation adulte (PIRA) : une offre de service intégrée par des groupes destinés aux personnes qui présentent un trouble de la personnalité et une problématique d’usage de substances.
- Projet RAC-RNI : soutien et intervention par deux intervenants du programme Dépendances des services externes adultes (PEA) auprès de la clientèle en ressource intermédiaire ainsi qu’en RAC de santé mentale.
- Début d’implantation du programme *Mes Choix* (programme d’intervention précoce d’usages à risque) dans les services des troubles mentaux courants (1^{re} ligne).

En terminant, ce cadre de référence n’a pas la prétention de répondre à tous les enjeux cliniques et organisationnels que présentent la gestion et la prise en charge des personnes atteintes de troubles concomitants. Il permet d’établir les assises, en plus de définir et partager les orientations nécessaires à une transformation progressive des services. Il guide la révision des services vers l’atteinte des meilleures pratiques, à l’aide de principes cliniques incontournables, d’un processus clinique standardisé, appuyé par des approches et des outils cliniques ayant fait leurs preuves. Malgré toutes ces visées, la réponse aux besoins de cette clientèle ainsi que la gestion des risques qu’elle requière, nécessitera toujours une évaluation holistique, personnalisée et adaptée à chaque situation.

Bibliographie

Cette bibliographie est composée de citations indiquées en bas de page dans le document, ainsi que de références par thèmes, permettant au lecteur d'approfondir certains sujets.

Références de bas de page

Centre d'expertise et de collaboration en troubles concomitants. (2021). *Les troubles concomitants : Synthèse des connaissances*. Repéré à : www.troublesconcomitants.ca

Dufour, M., Gagnon, S.R., Nadeau, L., Légaré, A.-A. & Laverdière, É. (2019). Portrait clinique des adolescents en traitement pour une utilisation problématique d'internet. *Canadian Journal of Psychiatry/Revue Canadienne de Psychiatrie*, 64(2), 136-144. DOI : 10.1177/0706743718800698

Dowling, N.A., Cowlshaw, S., Jackson, A C., Merkouris, S.S., Francis, K.L. & Christensen, D.R. (2015a). The prevalence of comorbid personality disorders in treatment-seeking problem gamblers: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Personality Disorders*, 29(6), 735–754. DOI: 10.1521/ pedi_2014_28_168

Centre intégré universitaire en santé et services sociaux de la Capitale-Nationale. (2019). *Cadre d'éthique institutionnel du CIUSSS de la Capitale-Nationale*. Repéré à : http://zone-ciussss.r03.rtss.qc.ca/cd/_layouts/15/WopiFrame2.aspx?sourcedoc=/cd/Documents%20publics/Type%20de%20document%20-%20Documents%20de%20r%C3%A9f%C3%A9rence/DQEPE_Cadre-ethique-CIUSSSCN.pdf&action=default&DefaultItemOpen=1

Centre intégré universitaire en santé et services sociaux de la Capitale-Nationale. (2018). *Continuums de services pour les troubles mentaux courants au CIUSSS de la Capitale-Nationale*. Repéré à : http://zone-ciussss.r03.rtss.qc.ca/cd/_layouts/15/WopiFrame2.aspx?sourcedoc=/cd/Documents%20publics/Type%20de%20document%20-%20Documents%20de%20r%C3%A9f%C3%A9rence/DSMD_Document_offre_services_2019.pdf&action=default&DefaultItemOpen=1

Landry Balas., L. (2008). *L'approche systémique en santé mentale*. Presse de l'Université de Montréal. Repéré à : <https://books.openedition.org/pum/9876>

Miller, W.R. et Rollnick, S. (2013). *L'entretien motivationnel: Aider la personne à engager le changement* (2e édition). Paris, France, InterEditions.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018). *Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux*. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec. Repéré à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-727-01W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2020). *Document d'information à l'intention des établissements - Programme québécois pour les troubles mentaux : Des autosoins à la psychothérapie (PQPTM)*. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. Repéré à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-914-07W.pdf>

L'approche de partenariat

Queensland Government. (2008). *Queensland Health Policy. Service delivery for people with dual diagnosis: Co-occurring mental health and alcohol and other drug problems*. Brisbane (QLD), Australie. Repéré à : http://www.dualdiagnosis.org.au/home/images/documents/Qld_DDx_Guidelines_2011.pdf

L'approche orientée vers le rétablissement

Fédération Addiction. (2019). *Addictions et troubles psychiatriques*. Paris, France, <https://fr.calameo.com/read/0055448589de9b5897807?page=1>

Anthony, W.A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>

Provencher, H. (2008) Le modèle préliminaire d'organisation des services orientés vers le rétablissement (MOPROSOR) : Introduction et présentation détaillée du cadre d'orientation. *Le Partenaire* 16(1), 4-27, <http://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2013/05/partenaire-v16-n1.pdf#page=4&zoom=100>

L'approche axée sur les forces

Rapp, C.A., Saleebey, D. & Sullivan, W.P. (2005). The future of strengths-based social work. *Advances in Social Work*, 6(1), 79-90. <https://doi.org/10.18060/81>

L'approche systémique

Landry Balas, L. (2008). *L'Approche systémique en santé mentale*. Montréal (Québec), Canada. Les Presses de l'Université de Montréal. <https://www.pum.umontreal.ca/catalogue/approche-systemique-en-sante-mentale-l>

L'approche de réduction des méfaits

Forget, J. (1999). *Toxicomanie et réduction des méfaits*. Les cahiers du CQLT, Québec (Québec), Canada. Comité permanent de lutte à la toxicomanie. https://www.cqld.ca/app/uploads/2016/12/toxicomanie-reduction-mefaits_oct-1999.pdf

Fédération Addiction. (2019). *Addictions et troubles psychiatriques*. Paris, France. <https://fr.calameo.com/read/0055448589de9b5897807?page=1>

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2010). *Harm reduction: Evidence, impacts and challenges*. Spain. DOI: 10.2810/29497

Les soins sensibles au traumatisme

Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (2014). *Les soins sensibles au traumatisme*. Les principes de base... Canada. Repéré à : <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-Trauma-informed-Care-Toolkit-2014-fr.pdf>

L'entretien motivationnel

- Lécollier, D. & Michaud, P. (2004). L'entretien motivationnel : Une évolution radicale de la relation thérapeutique. *Alcoologie et Addictologie*, 26, 129-134.
- Rollnick, S. & Muller, W.R. (1995). What is motivational interviewing? *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 23(4), 325-334. <https://doi.org/10.1017/S135246580001643X>
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2019). *Entretien motivationnel : Aider la personne à engager le changement*, 3e édition. Malakoff, France, Interéditions.
<https://www.dunod.com/sites/default/files/atoms/files/9782729619251/Feuilletage.pdf>
- Hettema, J., Steele, J. & Miller, W.R. (2004). Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 91-111. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143833>

Les thérapies cognitivo-comportementales

- Noorani, H. & Severn, M. (2010). *Cognitive behavioural therapy for patients with addictions: A review of the clinical and cost-effectiveness*. Ottawa (Ontario), Canada, Health Technology Inquiry Service, Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Repéré à :
https://www.cadth.ca/media/pdf/L0154_CBT_Addictions.pdf
- Chauvet, M., Kamgang, E., Ngamini Ngui, A. & Fleury, M.-J. (2015). *Les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives : Prévalence, utilisation des services et bonnes pratiques*. Les rapports de l'Institut, Montréal (Québec), Canada, Centre de réadaptation en dépendance de Montréal - Institut universitaire (CRDM-IU).
<http://www.santecom.qc.ca/bibliothequevirtuelle/CDC/9782981090362.pdf>
- McHugh, R.K., Hearon, B.A. & Otto, M.W. (2010). Cognitive behavioral therapy for substance use disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 511-525,
<https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.012>
- Ngô, T.-L. (2013). Les thérapies basées sur l'acceptation et la pleine conscience. *Santé Mentale au Québec*, 38(2), 35-63. <https://doi.org/10.7202/1023989ar>
- Linehan, M.M., Schmidt, H., Dimeff, L.A., Craft, J.C., Kanter, J. & Comtois, K.A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *American Journal of Addictions*, 8(4), 279-292.
Doi : [10.1080/105504999305686](https://doi.org/10.1080/105504999305686)
- Linehan, M.M., Dimeff, L.A., Reynolds, S K., Comtois, K.A., Welch, S.S., Heagerty, P. & Kivlahan, D.R. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the 53treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 67(1), 13-26.
[https://doi.org/10.1016/s0376-8716\(02\)00011-x](https://doi.org/10.1016/s0376-8716(02)00011-x)
- Young, J.E., Klosko, J.S. & Weishaar, M.E. (2003). *Schema Therapy: A practitioner's guide*. New York (NY), USA, Guilford Press.
- Norman, S.B., Wilkins, K.C., Tapert, S.F., Lang, A.J. & Najavits, L.M. (2010). A pilot study of seeking safety therapy with OEF/OIF veterans. *Journal of Psychoactive Drugs*, 42(1), 83-87.
<https://doi.org/10.1080/02791072.2010.10399788>

Najavits, L.M. (2002). *Seeking Safety: A treatment manual for PTSD and substance abuse*. Guilford Press, New York (NY), USA.

Zlotnick, C., Najavits, L.M., Rohsenow, D.J. & Johnson, D.M. (2003). A cognitive-behavioral treatment for incarcerated women with substance abuse disorder and posttraumatic stress disorder: findings from a pilot study. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25(2), 99-105. [https://doi.org/10.1016/s0740-5472\(03\)00106-5](https://doi.org/10.1016/s0740-5472(03)00106-5)

Hien, D.A., Levin, F.R., Ruglass, L.M., López-Castro, T., Papini, S., Hu, M.C., Cohen, L.R. & Herron, A. (2015). Combining seeking safety with sertraline for PTSD and alcohol use disorders: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(2), 359-369. DOI: [10.1037/a0038719](https://doi.org/10.1037/a0038719)

Petry, N. M., Ginley, M. K., & Rash, C. J. (2017). A systematic review of treatments for problem gambling. *Psychology of Addictive Behaviors*, 31(8), 951-961. <https://doi.org/10.1037/adb0000290>

Les approches comportementales

Karila, L., Reynaud, M. & Coscas, S. (2007). *Le "management des contingences" : Une thérapie comportementale pour les usagers de méthamphétamines*. Santé, réduction des risques, usage de drogues. https://www.pistes.fr/swaps/48_118.htm

Bellack, A.S., Bennett, M.E., Gearon, J.S., Brown, C.H., & Yang, Y. (2006). A randomized clinical trial of a new behavioral treatment for drug abuse in people with severe and persistent mental illness. *Archives of General Psychiatry*, 63(4), 426-432. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.4.426>

Lecomte, T., Corbière, M. & Leclerc, C. (2014). Les interventions basées sur les résultats probants en réadaptation psychiatrique : Auxquelles accorder la priorité et pourquoi? *Canadian Journal of Psychiatry*, 59(4), 196-202. <https://doi.org/10.1177/070674371405900404>

Meyers, R.J., Smith, J.E. & Lash, D.N. (2002). The Community Reinforcement Approach. Dans M. Galanter, H. Begleiter, R. Deitrich, D. Gallant, E. Gottheil, A. Paredes, M. Rothschild, D., ... P. Monti, P. (Éds), *Recent developments in alcoholism*. Vol. 16: Research on alcoholism treatment, Boston (MA), USA, Springer, 183-195. https://doi.org/10.1007/0-306-47939-7_14

Les approches familiales et conjugales

Pitschel-Walz, G., Leucht, S., Bäuml, J., Kissling, W. & Engel, R.R. (2001). The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia — A meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 27(1), 73-92. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006861>

Pilling, S., Bebbington, P., Kuipers, E., Garety, P., Geddes, J., Orbach, G. & Morgan, C. (2002). Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychological Medicine*, 32(5), 763-782. <https://doi.org/10.1017/s0033291702005895>

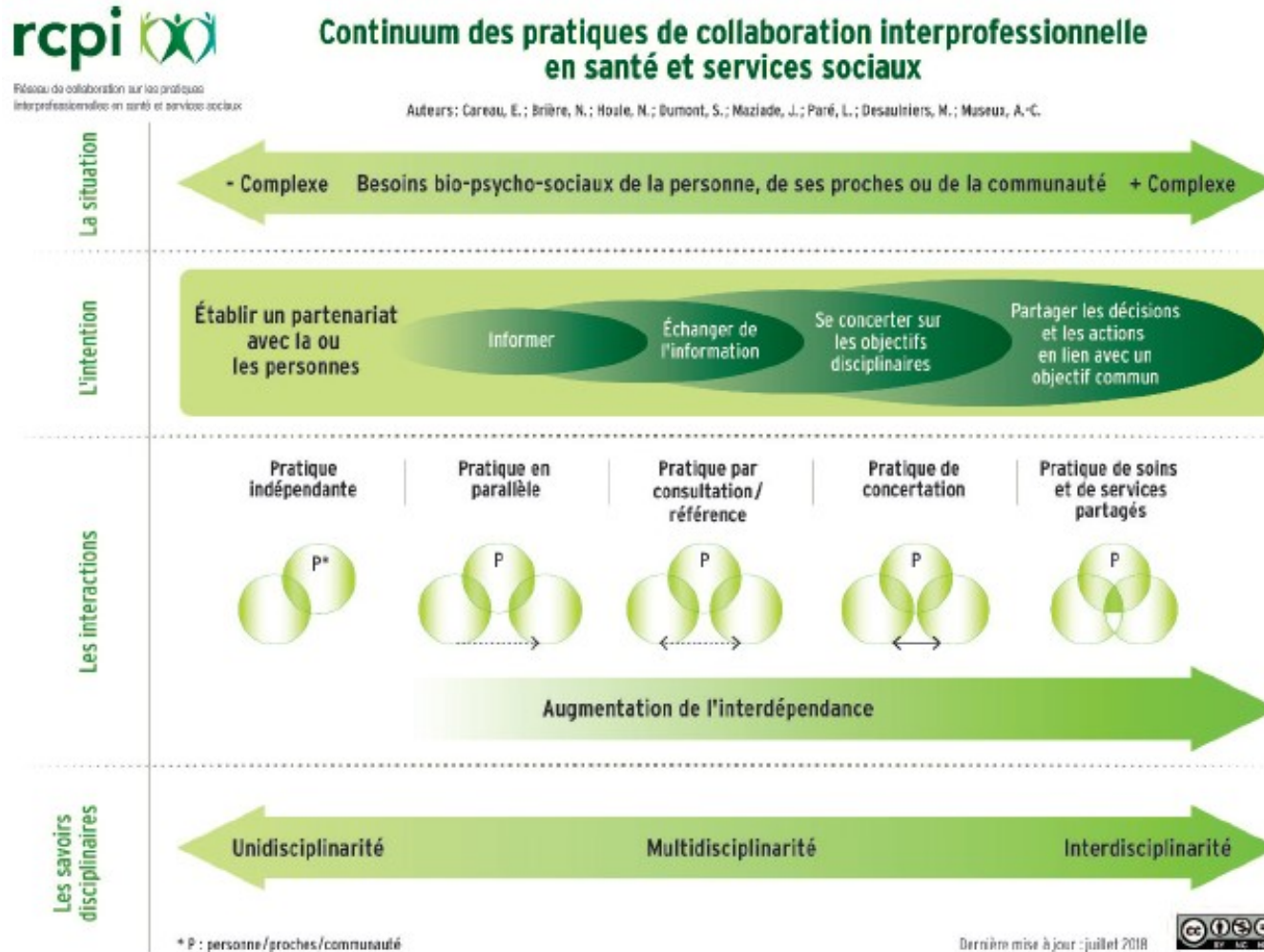
Mueser, K.T. & Fox, L. (2002). A family intervention program for dual disorders. *Community Mental Health Journal*, 38, 253-270. <https://doi.org/10.1023/A:1015271908765>

- McCrary, B.S. (2012). Treating alcohol problems with couple therapy. *Journal of Clinical Psychology, 68*(5), 514-525. <https://doi.org/10.1002/jclp.21854>
- McCrary, B.S., Epstein, E.E., Cook, S., Jensen, N. & Hildebrandt, T. (2009). A randomized trial of individual and couple behavioral alcohol treatment for women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(2), 243-256. <https://doi.org/10.1037/a0014686>
- Nilsson, A., Magnusson, K., Carlbring, P., Andersson, G., & Hellner, C. (2020). Behavioral couples therapy versus cognitive behavioral therapy for problem gambling: a randomized controlled trial. *Addiction, 115*(7), 1330-1342. <https://doi.org/10.1111/add.14900>
- Tremblay, J., Dufour, M., Bertrand, K., Blanchette-Martin, N., Ferland, F., Savard, A.-C., Saint-Jacques, M., & Côté, M. (2018). The experience of couples in the process of treatment of pathological gambling: Couple vs. Individual therapy. *Frontiers in Psychology, 8*(2344), 1-14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02344>

Les approches selon les 12 étapes

- American Addiction Centers. (2021). *12 Step Programs: 12 Steps to recovery for drug and alcohol treatment*. Repéré à : <https://americanaddictioncenters.org/rehab-guide/12-step>
- ACTEnow Addictions Conseil Thérapie Éducation. (2016). *Le modèle Minnesota*. Repéré à : <http://actenow.fr/2016/02/10/le-modele-minnesota/>
- Desrosiers, P. & Ménard, J.-M. (2010). *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*. Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec, Québec (Québec), Canada. Repéré à : <http://www.santecom.qc.ca/bibliothequevirtuelle/hyperion/9782921628129.pdf>

Annexe 1 : Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux ²⁰



²⁰ Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux – Guide explicatif, RCPI (2018)

Annexe 2 : Grille d'évaluation pour les services en dépendance

Date:	Fonction:
Établissement:	Téléphone de l'évaluateur:
Service:	Nombre de clients différents par année:
Évaluateur:	Durée moyenne des épisodes de soins:

	1 Services en dépendance uniquement (AOS)	2	3 Capacité à traiter les troubles concomitants (DDC)	4	5 Services renforcés pour les TC (DDE)
1 - Structure du programme					
1A-La cible principale de l'intervention du programme/ service, tel qu'énoncé dans sa mission (ou la mission du programme ou de l'établissement si le service n'a pas une mission définie)	Les troubles d'utilisation de substances (TUS) sont l'unique cible.		Les TUS sont la principale cible et les troubles concomitants (dépendance/santé mentale) sont aussi traités.		Les troubles concomitants (dépendance/santé mentale) sont la principale cible.
1B-Certification organisationnelle et permis d'exercer	Le programme/service a uniquement les accréditations pour le traitement des troubles d'utilisation de substances (TUS).	Le programme/service ne fait pas face à des obstacles réels pour traiter les troubles concomitants, mais le personnel indique qu'il existe des obstacles en matière de certification ou de licence.	Le programme/service ne rencontre pas d'obstacle pour traiter les troubles mentaux des personnes qu'il soigne en dépendance.		Le programme/ service est certifié ou autorisé à traiter les deux problématiques.
1C- Coordination et collaboration avec les services en santé mentale	Le programme/service n'a convenu d'aucune entente formelle de collaboration/coordination avec les services en santé mentale. Des références vers les services en santé mentale peuvent se faire, sans plus.	Le programme/service a une relation informelle, vague, non documentée, avec les services en santé mentale ou un membre du personnel de ces services. Des échanges occasionnels d'information ont lieu, au-delà de la référence initiale.	Le programme/service a des mécanismes de collaboration et de coordination formalisés et documentés avec les services en santé mentale. Une entente formelle existe qui définit les responsabilités de chacun et les interactions requises pour assurer la collaboration.	Le programme/service a des mécanismes de collaboration et de coordination formalisés et documentés. Des gestionnaires de cas ou un programme d'échange de personnel est parfois utilisé, de façon variable par les intervenants. Des éléments de services intégrés sont plus fréquemment utilisés tels que des plans de services individualisés ou des plans d'intervention interdisciplinaires regroupant des professionnels des deux services.	La plupart des services du programme/service sont intégrés. Ils utilisent couramment des PSI, PII incluant des professionnels des deux services, ou des gestionnaires de cas ou un programme d'échange de personnel.

	1 Services en dépendance uniquement (AOS)	2	3 Capacité à traiter les troubles concomitants (DDC)	4	5 Services renforcés pour les TC (DDE)
1D- Financement	Le programme/service ne peut facturer que des traitements en dépendance.	Le programme/service pourrait facturer des traitements en santé mentale si le trouble d'utilisation de substance (TUS) est primaire, mais le personnel indique qu'il existe des obstacles. – OU- Remboursement partiel des services en santé mentale.	Le programme/service peut facturer pour l'un ou l'autre type de services, cependant, un trouble d'utilisation de substance doit être primaire.		Le programme/service peut facturer pour des traitements de toxicomanie ou de santé mentale, ou leur combinaison et/ou leur intégration.
2 - Environnement du programme					
2A - Processus d'accueil et de bienvenue des troubles concomitants dépendance/santé mentale	Le programme/ service définit sa clientèle comme étant celle qui présente des troubles d'utilisation de substance uniquement et réfère ou réoriente les personnes présentant un trouble mental ou des symptômes liés à un trouble mental.	Le programme/ service définit sa clientèle comme présentant uniquement un trouble d'utilisation de substance (par exemple, critères d'admission, population cible), mais dispose d'une procédure informelle permettant à certaines personnes atteintes de troubles mentaux d'être admises.	Le programme/ service définit sa clientèle dans sa documentation comme présentant des troubles d'utilisation de substance tout en mentionnant qu'il accepte aussi chez sa clientèle les usagers qui présentent des troubles mentaux, dans la mesure où ils sont légers ou relativement stables.	Le programme/ service définit sa clientèle comme au niveau 3, mais l'équipe traite de plus en plus les troubles mentaux, peu importe leur gravité, sans que le tout soit officialisé dans la documentation.	Le programme/ service définit dans sa documentation sa clientèle comme présentant des troubles concomitants dépendance/ santé mentale et traite les deux problématiques, peu importe la gravité des troubles.
2B - Affichage et distribution de matériel éducatif sur les troubles d'utilisation de substance et les troubles mentaux	Le programme/service distribue du matériel éducatif sur les problématiques en dépendance ou le soutien par les pairs uniquement (ex. AA).	Le programme/ service dispose de matériel éducatif sur les deux problématiques, mais ce matériel n'est pas systématiquement distribué.	Le programme/ service dispose de matériel éducatif sur les deux problématiques. Ce matériel est disponible dans les salles d'attente et il est remis lors de l'orientation des patients et lors des visites familiales, mais la distribution est moins importante pour les troubles mentaux.	Le programme/ service dispose de matériel éducatif sur les deux problématiques et il est distribué de façon équivalente auprès de la clientèle (salle d'attente, orientation des usagers, visites familiales, etc.).	Le programme/ service dispose de matériel éducatif sur les deux problématiques et il est distribué de façon équivalente auprès de la clientèle. De plus le matériel aborde les interactions entre les deux troubles.
3 - Processus clinique: Évaluation					
3A - Méthodes habituelles de détection des troubles mentaux	Dans le programme/ service, la détection initiale des troubles mentaux se limite à ce qui est rapporté par l'utilisateur. Parfois les intervenants procèdent à une détection, basée sur leurs observations et leurs impressions.	Dans le programme/ service, une détection des symptômes reliés à un trouble mental, de l'historique de traitement, de la médication actuelle et des antécédents au plan suicidaire et homicidaire est faite par les intervenants, mais elle n'est ni systématique, ni standardisée (moins de 80% des clients). Il y a une variation importante des pratiques entre les intervenants.	Dans le programme/ service, des questions standardisées sont systématiquement utilisées pour détecter la présence de problèmes de santé mentale. Les questions peuvent être ouvertes ou fermées, mais elles sont intégrées au processus/protocole d'évaluation plus large. Elles sont utilisées dans au moins 80% des cas et elles incluent des questions sur les risques de blessures à soi ou autrui.	Dans le programme/ service, la détection des problèmes de santé mentale se fait dans au moins 80% des évaluations, à partir d'outils standardisés, dont la validité et fiabilité sont établies.	Dans le programme/ service, une détection des problèmes de consommation et des troubles mentaux se fait dans au moins 80% des évaluations, à partir d'outils standardisés, dont la validité et fiabilité sont établies.

	1 Services en dépendance uniquement (AOS)	2	3 Capacité à traiter les troubles concomitants (DDC)	4	5 Services renforcés pour les TC (DDE)
3B - Méthodes habituelles d'évaluation suite à une détection positive de symptômes associés à des troubles mentaux (dpsatm)	Dans le programme/ service, l'évaluation d'un trouble mental n'est pas documentée au dossier des usagers qui ont eu une détection positive de symptômes associés à un trouble mental (dpsatm).	Dans le programme/ service, l'évaluation d'un trouble mental est réalisée pour certains usagers qui ont une "dpsatm", mais elle n'est pas systématique ou elle est variable d'un intervenant à l'autre.	Dans le programme/ service, l'évaluation d'un trouble mental est présente dans 50 à 69% des dossiers où nous avons une "dpsatm". Un mécanisme formel d'évaluation pour les "dpsatm" est en place. Cette évaluation porte sur les symptômes actuels, l'historique de consommation, les antécédents de traitement et leurs impacts, les risques de rechute, etc. L'évaluation peut être faite dans le service ou ailleurs avec une entente formelle de collaboration.	Dans le programme/ service, l'évaluation d'un trouble mental est présente dans 70 à 89% des dossiers où nous avons un "dpsatm". Le programme/ service a une politique en matière d'évaluation des troubles mentaux et possède les capacités sur le site pour réaliser ces évaluations.	Dans le programme/ service, l'évaluation d'un trouble mental est formelle, standardisée et intégrée à l'évaluation des problématiques en dépendance. Elle est présente au dossier des usagers dans au moins 90% des cas. Ceci inclut l'utilisation systématique d'outils standardisés et validés pour les deux troubles, tel que défini dans une politique formelle.
3C - Diagnostic du trouble mental (TM) et du trouble d'utilisation de substances (TUS) documenté	Dans le programme/service, le diagnostic du trouble mental n'est pas fait ni documenté.	Dans le programme/service, une impression diagnostique du trouble mental ou les antécédents de traitement pour un trouble mental sont documentés au dossier, mais le programme/service n'a pas un processus formel pour faire et documenter un diagnostic de trouble mental. Le programme/service a la capacité de faire le diagnostic, mais celui-ci est rarement réalisé ou de façon inconsistante ou selon le besoin.	Le programme/ service a un mécanisme pour faire le diagnostic du trouble mental en temps opportun. Le diagnostic est documenté dans 50 à 69% des dossiers.	Le programme/ service a un mécanisme pour faire le diagnostic du trouble mental en temps opportun. Le diagnostic est documenté dans 70 à 89% des dossiers.	Dans le programme/ service, des services de diagnostic complets sont fournis en temps opportun. Les diagnostics de troubles mentaux sont documentés dans 90% des dossiers.
3D - Documentation au dossier de l'historique des troubles mentaux, de la consommation de substances, de leurs interactions et séquences d'apparition	Dans le programme/service, seul l'historique des troubles d'utilisation de substances est documenté aux dossiers.	Dans le programme/ service, les formulaires standardisés du dossier recueillent l'historique des troubles d'utilisation de substances. L'historique des troubles mentaux est colligé de façon inconsistante. Si un mécanisme est prévu pour documenter l'historique des troubles mentaux des usagers, celui-ci est utilisé dans moins de 80% des dossiers.	Dans le programme/ service, l'historique des troubles mentaux et des TUS est documenté de façon habituelle dans la section narrative des dossiers. Cette documentation est réalisée dans au moins 80% des dossiers. En l'absence de troubles mentaux, la section narrative souligne cette absence.	Dans le programme/ service, une section spécifique dans les dossiers des usagers est dédiée pour documenter l'historique et la chronologie des troubles mentaux et des TUS.	Dans le programme/ service, une section spécifique dans les dossiers des usagers est dédiée pour documenter l'historique et la chronologie des troubles mentaux et des TUS. De plus, l'interaction entre les troubles est analysée en fonction du temps, de façon structurée et standardisée ET cette documentation est réalisée dans au moins 80% des dossiers.

	1 Services en dépendance uniquement (AOS)	2	3 Capacité à traiter les troubles concomitants (DDC)	4	5 Services renforcés pour les TC (DDE)
3E - Admission au programme selon l'intensité des symptômes associés aux troubles mentaux (suicidalité, dangerosité, agitation, capacités d'autorégulation): faible, modérée, élevée.	Le programme/ service est en mesure de travailler avec des usagers qui ne présentent pas ou qui présentent des symptômes reliés à un trouble mental de faible intensité.		Le programme/ service est en mesure de travailler avec des usagers qui présentent des symptômes reliés à un trouble mental d'intensité faible à modérée, mais qui sont stables (Les usagers ne doivent pas être activement suicidaires/homicidaires et ont une certaine capacité d'autorégulation).		Le programme/ service est en mesure de travailler avec des usagers qui présentent des symptômes reliés à un trouble mental d'intensité modérée à élevée, incluant ceux qui sont instables au niveau de leur santé mentale. Le programme/ service est en mesure de fournir un traitement complet, intégré et n'est pas dépendant d'une référence vers les programmes en santé mentale.
3F - Admission au programme selon la sévérité et la persistance des atteintes fonctionnelles reliées aux troubles mentaux : faible, modérée, élevée.	Le programme/ service est en mesure de travailler avec des usagers qui ne présentent pas ou qui présentent une sévérité et persistance d'atteintes fonctionnelles dues à un trouble mental, de faible intensité (capacités à composer avec les relations, le travail, les finances, les interactions sociales). Les usagers qui présentent des antécédents de troubles mentaux sévères et persistants, d'hospitalisation en psychiatrie ou d'épisodes de soins de longue durée en services ambulatoires sont réorientés.		Le programme/ service est en mesure de travailler avec des usagers qui présentent une sévérité et persistance d'atteintes fonctionnelles dues à un trouble mental, d'intensité faible à modérée (i.e. les usagers peuvent avoir des atteintes fonctionnelles persistantes dans un service).		Le programme/ service est en mesure de travailler avec des usagers qui présentent une sévérité et persistance d'atteintes fonctionnelles dues à un trouble mental, d'intensité modérée à élevée (i.e. les usagers peuvent avoir des atteintes fonctionnelles de nature chronique dans plusieurs services).
3G - Évaluation de l'engagement en traitement	Dans le programme/service, la motivation au changement (stade de changement ou de traitement-sct) n'est ni évaluée ni documentée.	Dans le programme/ service, la motivation au changement (sct) est évaluée de façon irrégulière par les intervenants. Le processus est informel, non standardisé ou encore, un protocole convenu est utilisé chez moins de 80% des usagers.	Dans le programme/ service, les intervenants évaluent et documentent de façon régulière la motivation au changement (sct), au regard de la consommation. Les intervenants utilisent un protocole d'évaluation qui inclut l'évaluation de la motivation et il est utilisé auprès de 80% et plus des usagers.	Dans le programme/ service, une mesure formelle est utilisée pour documenter la motivation au changement (sct), mais elle cible uniquement la consommation de substances.	Dans le programme/ service, des mesures formelles et standardisées sont utilisées et documentent à la fois la motivation au changement (sct) au regard des troubles mentaux et du TUS.
4 - Processus clinique: Traitement					
4A - Plan de traitement	Dans le programme/service, les plans d'intervention (PI) ciblent uniquement les troubles d'utilisation de substance.	Dans le programme/ service, les PI ciblent parfois ou vaguement les troubles concomitants. Ceci varie d'un intervenant à l'autre.	Dans le programme/ service, les PI ciblent dans 80% et plus des situations les deux troubles, mais le trouble d'utilisation de substances est ciblé en priorité et de façon spécifique alors que le	Dans le programme/ service, les PI ciblent dans 80% des situations et plus les deux troubles et les deux troubles sont considérés sur un même pied d'égalité.	Dans le programme/ service, les PI ciblent dans 80% des situations et plus les deux troubles, tout en les considérant sur un même pied d'égalité. Des objectifs

	1 Services en dépendance uniquement (AOS)	2	3 Capacité à traiter les troubles concomitants (DDC)	4	5 Services renforcés pour les TC (DDE)
			trouble mental est ciblé de façon secondaire avec des objectifs et moyens plus généraux, souvent associés à la prévention de la rechute.	Des objectifs individualisés et des interventions spécifiques pour chaque trouble ne sont pas systématiquement présents au PI.	individualisés, spécifiques, mesurables et des interventions précises ciblent les symptômes des deux troubles. De plus, les interventions utilisées au sein du programme/ service sont de nature psychosociale et pharmacologique. Les interventions qui ciblent le trouble mental ne sont pas uniquement pharmacologiques.
4B - Évaluation et suivi de l'évolution interactive des deux problématiques	Dans le programme/service, l'évolution du trouble mental n'est pas documentée au dossier.	Dans le programme/service, la documentation de l'évolution du trouble mental au dossier est variable d'un intervenant à l'autre.	Dans le programme/service, un suivi de l'évolution des changements du trouble mental est documenté au dossier dans les notes d'évolution pour 80% et plus des usagers concernés. La description a plutôt tendance à être de base ou générique.	Dans le programme/service, un mécanisme de suivi des impacts du traitement, tant sur les troubles mentaux que sur le TUS, est accessible, mais utilisé dans moins de 80% des situations.	Dans le programme/service, le suivi des impacts du traitement sur les symptômes des deux problématiques est documenté de façon précise, détaillée dans plus de 80% des situations.
4C - Procédures de gestion des urgences et crises associées aux troubles mentaux	Le programme/service n'a pas de procédure écrite au regard des urgences associées à un trouble mental et la majorité du personnel n'a pas de connaissance spécifique pour gérer ce type de situation.	Le personnel du programme/service est en mesure d'expliquer les procédures d'urgence à suivre pour les situations de crise associées à un trouble mental, bien qu'il n'y ait pas de procédure écrite. Réorienter les usagers en crise vers l'urgence ou faire appel au 911, ne sont pas considérées comme des procédures internes suffisantes. Une procédure implique nécessairement une évaluation du risque et de l'urgence ainsi que des modalités d'intervention variables, adaptées selon les résultats de l'évaluation.	Dans le programme/service, une procédure écrite d'évaluation standardisée des risques et de l'urgence associée aux troubles mentaux est accessible. Cette procédure présente les stratégies d'intervention adaptées selon les niveaux de risque et la majorité de celles-ci s'appuient sur l'orientation de l'utilisateur vers des services de gestion de crise appropriés (centre de crise, urgence psychiatrique, etc.). De plus, le personnel clinique connaît cette procédure et les ententes de collaboration.	Dans le programme/service, une procédure écrite précise le processus d'évaluation des risques et les stratégies d'intervention adaptées qui doivent être réalisées au sein du programme/service en contexte d'urgence et de crises associées aux troubles mentaux et aux rechutes de consommation pour maintenir lorsque c'est possible l'utilisateur en traitement. Cette procédure n'est pas suivie de façon habituelle parce qu'elle n'est pas maîtrisée par le personnel par le personnel clinique.	Le programme/service présente une capacité à évaluer les risques associés à une consommation continue de substances ainsi que la gravité des symptômes des troubles mentaux. Les usagers sont maintenus en traitement à moins que la sécurité de ces derniers exige un placement alternatif. Le programme/service a des procédures écrites détaillées pour la gestion des urgences, l'évaluation des risques, les interventions requises selon les niveaux de risque, etc. Le personnel s'attend à devoir gérer ce type d'urgence. Il maîtrise et adhère à la procédure écrite.

	1 Services en dépendance uniquement (AOS)	2	3 Capacité à traiter les troubles concomitants (DDC)	4	5 Services renforcés pour les TC (DDE)
4D - Stade de changement/engagement durant le traitement	Dans le programme/service, le stade de changement ou d'engagement en traitement n'est pas évalué ni monitoré en cours de traitement. Le PI n'en tient pas compte de façon explicite.	Dans le programme/service, le stade de changement ou la motivation sont monitorés de façon informelle et variable, selon les intervenants.	Dans le programme/service, le stade de changement ou la motivation au changement pour le trouble d'utilisation de substances est monitoré et documenté chez plus de 80% des usagers en cours de suivi, mais le plan de traitement n'est pas formellement adapté en conséquence.	Dans le programme/service, le stade de changement ou la motivation pour le TUS est monitoré et documenté, puis le plan de traitement est adapté en conséquence, mais dans moins de 80% des situations. La motivation pour le changement relié au trouble mental n'est pas monitorée ou incorporée dans le plan de traitement.	Dans le programme/service, le stade de changement ou la motivation pour le trouble mental et le TUS sont monitorés/documentés et les plans d'interventions sont adaptés en conséquence pour les deux dimensions dans plus de 80% des situations.
4E - Politiques/procédures pour l'évaluation, la gestion, le suivi et l'adhésion à la médication	Dans le programme/service, les usagers qui sont sous traitement pharmacologique ne sont pas acceptés. Absence de capacité à prescrire et assurer le suivi de la Rx.	Dans le programme/service, certaines médications ne sont pas acceptées ou les usagers doivent avoir leur propre médication. Le service a certaines capacités pour assurer le suivi d'une médication lorsque déjà prescrite et peut collaborer avec le prescripteur, mais ne peut prescrire de tels traitements.	Dans le programme/service, un prescripteur de psychotropes pour les troubles concomitants est accessible et une procédure associée à ces prescriptions est définie. Le prescripteur est à tout le moins consultant au sein du programme/service. Le suivi des prescriptions est assuré par le prescripteur.	Dans le programme/service, des normes de prescription des psychotropes pour les troubles concomitants sont établies pour les prescripteurs compétents dans la pharmacothérapie des troubles mentaux, qui sont des membres du personnel du service, bien qu'ils ne soient pas entièrement intégrés à l'équipe. Ils fonctionnent de façon indépendante, mais s'appuient parfois sur l'équipe pour monitorer le suivi de la médication.	Dans le programme/service, des normes et paramètres de prescription de la médication pour les troubles mentaux et les TUS sont présents. Les prescripteurs font partie intégrante de l'équipe et tous les membres de l'équipe peuvent contribuer au suivi de la médication.
4F - Interventions spécialisées avec contenus spécifiques pour les troubles mentaux	Le programme/service ne réalise pas d'interventions qui ciblent les symptômes ou les troubles mentaux.	Dans le programme/service, des interventions génériques sur les troubles mentaux sont réalisées par certains intervenants, selon ce qu'ils jugent requis.	Dans le programme/service, des interventions génériques (entretien motivationnel, TCC, etc.) qui ciblent le trouble mental sont réalisées auprès de 80% des usagers concernés.	Dans le programme/service, le niveau 3 est atteint et certains intervenants formés offrent une intervention spécialisée de niveau 5 qui cible certains troubles mentaux spécifiques.	Dans le programme/service, des interventions spécialisées, manualisées, qui ciblent les troubles concomitants sont actualisées auprès de plus de 80% des usagers concernés (MI, TCC, prévention de la rechute, CRA, twelve step facilitation therapy, MFT, DBT, IDDT, etc.).
4G - Éducation sur les troubles mentaux, leur traitement et leurs interactions avec les TUS	Dans le programme/service, des interventions éducatives sur les troubles mentaux ne sont pas offertes.	Dans le programme/service, un contenu générique d'éducation sur les troubles mentaux est offert de façon variable selon les intervenants.	Dans le programme/service, un contenu générique d'éducation sur les troubles mentaux est offert à plus de 80% des usagers concernés.	Dans le programme/service, un contenu spécifique pour des troubles concomitants spécifiques est offert de façon variable par les intervenants.	Dans le programme/service, un contenu spécifique sur des troubles concomitants spécifiques est offert à plus de 80% des usagers concernés.

	1 Services en dépendance uniquement (AOS)	2	3 Capacité à traiter les troubles concomitants (DDC)	4	5 Services renforcés pour les TC (DDE)
4H - Éducation et soutien auprès des familles	Dans le programme/service, de l'éducation ou du soutien auprès des familles n'est pas réalisé ou seulement au regard des TUS.	Dans le programme/service, de l'éducation ou du soutien sur la question des troubles mentaux est offert aux familles de façon variable par les intervenants.	Dans le programme/service, un groupe de soutien et d'éducation sur les troubles concomitants est offert au besoin.	Dans le programme/service, un groupe de soutien et d'éducation sur les troubles concomitants est offert de façon systématique, mais moins de 80% des familles concernées y participent.	Dans le programme/service, un groupe de soutien et d'éducation sur les troubles concomitants est offert de façon systématique et plus de 80% des familles concernées y participent.
4I - Interventions spécialisées pour faciliter l'utilisation des groupes de soutien durant le traitement	Dans le programme/service, il n'y a pas d'intervention réalisée pour faciliter l'utilisation des groupes de soutien en santé mentale ou en dépendance.	Dans le programme/service, des interventions sont faites, de façon variable par les intervenants, pour certains usagers et principalement pour faciliter l'utilisation des groupes de soutien en dépendance.	Dans le programme/service, une invitation générique à participer aux groupes de soutien en dépendance est réalisée pour 80% et plus des usagers, mais pas pour les groupes de soutien en santé mentale.	Dans le programme/service, des interventions spécifiques pour les individus concernés sont réalisées pour faciliter leur participation à des groupes de soutien en santé mentale, en dépendance ou pour les deux troubles, mais le tout est rarement documenté au dossier.	Dans le programme/service, une intervention systématique et spécifique pour faciliter l'utilisation des groupes de soutien est réalisée et documentée au plan d'intervention et aux notes d'évolution. Ces interventions peuvent inclure un accompagnement par un pair aidant.
4J - Accessibilité à des pairs aidants pour soutenir le rétablissement des usagers présentant des troubles concomitants	Dans le programme/service, des pairs aidants ne sont pas accessibles ou leur utilisation n'est pas favorisée pour les clients présentant des troubles concomitants.	Dans le programme/service, des références occasionnelles auprès des pairs aidants hors site sont réalisées, mais le tout est variable selon les intervenants.	Dans le programme/service, la référence ou la mise en relation des usagers avec des pairs aidants hors site, dont certains ont eu des troubles concomitants, est réalisée dans 80% des situations ou plus.	Dans le programme/service, la référence aux pairs aidants est intégrée au plan d'intervention dans 80% et plus des situations. L'utilisation systématique des pairs aidants fait partie de la programmation.	Dans le programme/service, le recours aux pairs aidants est systématique, documenté au plan d'intervention et accessible sur le site.
5 - Continuité des soins					
5A - Planification des fins de traitement au regard des troubles concomitants	Dans le programme/service, le plan de fin de traitement des usagers ne cible que les TUS.	Dans le programme/service, le plan de fin de traitement cible parfois le trouble mental, mais de façon variable d'un intervenant à l'autre, et la priorité demeure le TUS.	Dans le programme/service, le plan de fin de traitement cible les deux troubles dans plus de 80% des situations, mais le TUS demeure la cible prioritaire et le trouble mental est abordé sous l'angle d'un arrimage avec les services en santé mentale pour le suivi de la médication et comme modalité de prévention de la rechute du TUS.	Dans le programme/service, le plan de fin de traitement cible les deux troubles de façon égale, mais dans moins de 80% des situations. Des services sont prévus pour les deux troubles.	Dans le programme/service, le plan de fin de traitement cible les deux troubles de façon égale, dans plus de 80% des situations. Les services sont prévus pour les deux troubles, sur le site et hors site. Pour les services hors site, des ententes formelles existent.

	1 Services en dépendance uniquement (AOS)	2	3 Capacité à traiter les troubles concomitants (DDC)	4	5 Services renforcés pour les TC (DDE)
5B - La capacité à assurer la continuité des services	Dans le programme/service, il n'y a pas de mécanisme pour assurer la continuité des soins du trouble mental une fois le traitement du TUS complété. Une orientation peut être faite en santé mentale, sans échanges formels avec le partenaire.	Dans le programme/service, il n'y a pas de protocole formel de suivi continu des besoins associés au trouble mental, une fois le traitement du TUS complété, mais certains cliniciens peuvent demeurer présents au dossier pour assurer la transition jusqu'à ce que les services en santé mentale soient mis en place. La documentation au dossier est variable.	Dans le programme/service, il n'y a pas de protocole formel de suivi continu des besoins associés au trouble mental, une fois le traitement du TUS complété, mais la majorité des intervenants assurent, lorsque requis, la continuité des soins jusqu'à ce que les services en santé mentale soient mis en place. Le tout est documenté au dossier.	Dans le programme/service, un protocole formel de suivi continu (durée indéfinie) est prévu, tant pour les besoins en santé mentale que pour le TUS, mais le tout est documenté de façon variable par les intervenants.	Dans le programme/service, un protocole formel de suivi continu (durée indéfinie) des besoins sur le plan de la santé mentale et du TUS est actualisé et documenté au dossier. Il prend souvent la forme de relances annuelles ou bisannuelles (recovery check-up).
5C - Services centrés sur le concept de rétablissement pour les deux troubles	Dans le programme/service, le concept de rétablissement se limite au TUS.	Dans le programme/service, selon les intervenants, certains intègrent le concept de rétablissement aux 2 problématiques.	Dans le programme/service, les intervenants travaillent systématiquement dans une perspective de rétablissement pour le TUS et considèrent le trouble mental comme un facteur empêchant le rétablissement sur le plan du TUS.		Les intervenants du programme/service travaillent systématiquement dans une perspective de rétablissement, tant pour le trouble mental que pour le TUS.
5D -Interventions spécialisées pour faciliter l'utilisation des groupes de pairs aidants dans la communauté, durant la planification de la fin du traitement	Les intervenants du programme/service ne font pas d'intervention pour faciliter, lors de la fin de traitement, l'utilisation des groupes de soutien/pairs aidants en santé mentale ou dépendance dans la communauté.	Certains intervenants du programme/service réalisent de façon occasionnelle des interventions dans la planification de la fin du traitement pour faciliter principalement l'utilisation de groupes de soutien/pairs aidants en dépendance.	Les intervenants du programme/service réalisent des interventions spécifiques auprès des usagers en fin de traitement pour faciliter leur utilisation des groupes de soutien/pairs aidants en dépendance. Ils les incitent à utiliser les groupes de soutien/pairs aidants en santé mentale, mais ne font pas d'intervention spécifique facilitant leur utilisation.	Les intervenants du programme/service réalisent des interventions et de la liaison proactive pour un minimum de 50% des usagers, lors de la planification des fins de traitement, pour faciliter leur utilisation des groupes de soutien/pairs aidants en santé mentale et en dépendance.	Les intervenants du programme/service réalisent des interventions et de la liaison proactive pour un minimum de 80% des usagers, dans le but de faciliter leur utilisation des groupes de soutien/pairs aidants en santé mentale et en dépendance dans la communauté, à la fin du traitement. Ceci fait partie de la procédure de continuité des soins et peut inclure la présentation d'un pair aidant à l'utilisateur, son accompagnement à une première rencontre ou permettre la participation aux rencontres accessibles dans le programme/service.
5E - Continuité de la prescription de la médication pour le TUS ou le trouble mental	Dans le programme/service il n'y a pas de prescription faite pour assurer la continuité des traitements pharmacologiques lors de la fin de traitement, outre une référence à	Le programme/service assure de façon variable, lors de la fin de traitement, la continuité du traitement pharmacologique pour les 30 prochains jours, jusqu'à son prochain	Le programme/service a la capacité d'assurer, lors de la fin de traitement, la continuité du traitement pharmacologique pour les 30 prochains jours, jusqu'à son prochain rendez-vous avec son	Le programme/service a la capacité d'assurer, lors de la fin de traitement, la prescription et le suivi de la médication pour les 45 à 90 prochains	Le programme/service est en mesure d'assurer la prescription et le suivi de la médication pour une durée infinie.

	1 Services en dépendance uniquement (AOS)	2	3 Capacité à traiter les troubles concomitants (DDC)	4	5 Services renforcés pour les TC (DDE)
	son médecin ou au prochain service dans la communauté.	rendez-vous avec son médecin ou le prochain service dans la communauté. Ceci n'est pas une pratique habituelle.	médecin ou le service dans la communauté. La prescription et le rendez-vous avec son médecin dans la communauté sont documentés au dossier.	jours, jusqu'à ce que la personne soit admise au prochain service. La prescription ET la confirmation de l'admission au prochain service sont documentées au dossier.	
6 - Ressources humaines					
6A - Présence de psychiatres et autres médecins prescripteurs	Le programme/service n'a pas de relation formelle avec un prescripteur pour des traitements pharmacologiques.	Le programme/service a une entente avec un prescripteur d'expérience hors site pour le consulter ou fournir la prescription pour un trouble mental au besoin.	Le programme/service a une entente avec un prescripteur d'expérience hors site qui va offrir sur le site de la consultation ou la prescription pour les troubles mentaux, mais il n'est pas membre de l'équipe.	Le programme/service a un prescripteur d'expérience sur le site, membre du personnel, qui assure la prescription pour les troubles mentaux ou le TUS, mais ne participe pas aux activités courantes de l'équipe.	Le programme/service a un prescripteur d'expérience sur le site, membre du personnel, qui assure la prescription pour les troubles mentaux et le TUS, y compris les médicaments qui nécessitent des autorisations particulières (méthadone). De plus, il participe de façon active aux activités courantes de l'équipe, aux prises de décision cliniques et assure au besoin la supervision de l'équipe.
6B - Présence de cliniciens avec compétences et expérience en matière de troubles mentaux	Le programme/service n'a pas de personnel clinique qui possède une formation certifiée ou une expérience de travail significative à travers laquelle il a pu développer une expertise ou des compétences en matière de traitement des troubles mentaux.	1 à 24% du personnel clinique du programme/service possède une formation certifiée ou une expérience de travail significative à travers laquelle il a pu développer une expertise ou des compétences en matière de traitement des troubles mentaux.	25 à 33% du personnel clinique du programme/service possède une formation certifiée ou une expérience de travail significative à travers laquelle il a pu développer une expertise ou des compétences en matière de traitement des troubles mentaux.	34 à 49% du personnel clinique du programme/service possède une formation certifiée ou une expérience de travail significative à travers laquelle il a pu développer une expertise ou des compétences en matière de traitement des troubles mentaux.	Au moins 50% du personnel clinique du programme/service possède une formation certifiée ou une expérience de travail significative à travers laquelle il a pu développer une expertise ou des compétences en matière de traitement des troubles mentaux.
6C - Accès à de la consultation ou de la supervision clinique en matière de troubles mentaux	Le programme/service n'a pas la capacité d'offrir de la supervision clinique en matière de troubles mentaux.	Le programme/service donne accès, de façon variable, occasionnelle, informelle, non documentée, à un service hors site de consultation/supervision clinique en matière de troubles mentaux.	Le programme/service a la capacité d'offrir, au besoin, de la consultation/supervision en matière de troubles mentaux, de façon semi-structurée. Ceci se fait prioritairement pour gérer les situations de crise ou orienter les usagers concernés.	Le programme/service offre de façon régulière, sur place, par un membre de son personnel, de la supervision en matière de troubles mentaux. Celle-ci peut inclure des apprentissages de fond sur le plan de l'évaluation et du traitement, le développement d'habiletés formelles de traitement en matière de troubles mentaux, mais le	Le programme/service offre de façon régulière et structurée de la supervision en matière de troubles mentaux. Celle-ci inclut des apprentissages de fond au plan de l'évaluation et du développement d'habiletés, sur le plan du traitement des troubles mentaux. Elle implique au moins une des activités

	1 Services en dépendance uniquement (AOS)	2	3 Capacité à traiter les troubles concomitants (DDC)	4	5 Services renforcés pour les TC (DDE)
				tout n'est pas formellement documenté.	suivantes: révision d'enregistrements d'intervention, observation directe d'intervention, utilisation de grilles de fidélité aux protocoles de traitement. Ces activités sont documentées et régulières.
6D - Révision des charges de cas et de l'utilisation des services des usagers présentant des troubles concomitants	Le programme/service n'a pas de procédure formelle de révision des charges de cas et de l'utilisation des services par la clientèle présentant un trouble concomitant	Le programme/service a une procédure informelle et occasionnelle de révision des charges de cas et de l'utilisation des services par la clientèle présentant un trouble concomitant. Elle est réalisée par un consultant externe et peut ne pas être documentée.	Le programme/service a une procédure formelle et régulière de révision des charges de cas et de l'utilisation des services. Elle n'est pas spécifique aux troubles concomitants, mais elle permet une révision générale de la progression des troubles mentaux chez la clientèle et la documentation fait état de la considération des troubles concomitants dans la gestion du service.	Le programme/service a une procédure formelle et régulière de révision des charges de cas et de l'utilisation des services par les usagers présentant des troubles concomitants. La documentation fait référence aux catégories de troubles mentaux, mais il n'y a pas d'évaluation systématique des traitements utilisés pour les troubles concomitants.	Le programme/service a une procédure formelle de révision des charges de cas des usagers présentant des troubles concomitants et utilise un protocole de révision standardisé pour évaluer la conformité des pratiques cliniques aux procédures établies ainsi que la progression des usagers en traitement. Le processus de révision peut inclure l'utilisateur. Le tout est documenté.
6E - Des pairs aidants/anciens usagers avec des troubles concomitants sont disponibles	Dans le programme/service, des pairs aidants/anciens usagers avec troubles concomitants ne sont pas disponibles sur le site ou il n'y a pas de liaison faite avec des groupes hors site.	Dans le programme/service, des pairs aidants/anciens usagers avec troubles concomitants sont disponibles dans la communauté, mais la référence est variable selon les intervenants.	Dans le programme/service, des pairs aidants/anciens usagers avec troubles concomitants sont disponibles dans la communauté et des références sont régulièrement faites par les intervenants.	Dans le programme/service, des pairs aidants/anciens usagers avec troubles concomitants sont disponibles sur le site. Ils peuvent faire partie de l'équipe, être bénévoles, etc., mais les références sont variables selon les intervenants.	Dans le programme/service, des pairs aidants/anciens usagers avec troubles concomitants sont disponibles sur le site. Ils peuvent faire partie de l'équipe, être bénévoles, etc., et les références sont régulières par les intervenants.

	1 Services en dépendance uniquement (AOS)	2	3 Capacité à traiter les troubles concomitants (DDC)	4	5 Services renforcés pour les TC (DDE)
7 - Formation					
7A - Formation de base sur les troubles concomitants (leur prévalence, signes-symptômes, les attitudes à adopter, la détection et l'orientation dans les services)	Aucun membre du personnel clinique du programme/service n'a reçu de formation de base sur les troubles concomitants.	De 1 à 24% du personnel clinique du programme/service a été ou s'est formé aux troubles concomitants. La formation est encouragée, mais ne fait pas formellement partie du plan de formation du personnel du programme/service.	De 25% à 50% du personnel clinique du programme/service est formé. Le plan de formation du programme/service prévoit que certains membres du personnel doivent avoir une formation de base en troubles concomitants portant sur sa prévalence, ses principaux signes-symptômes, les attitudes appropriées, la détection et l'orientation de cette clientèle dans les services.	De 51 à 79% du personnel clinique du programme/service est formé aux troubles concomitants. Le plan de formation prévoit que la majorité du personnel clinique soit formé. Il assure le suivi du nombre d'employés formés et assure une formation de base continue en troubles concomitants.	La grande majorité du personnel clinique (80% et plus) du programme/service est formé et le suivi du nombre d'employés formés est fait sur une base continue. Cette proportion de personnel formé est maintenue malgré le mouvement de personnel.
7B - Formation spécialisée et avancée sur le traitement psychosocial et pharmacologique intégré pour les troubles concomitants (connaissance des thérapies et traitements spécifiques pour les troubles concomitants, évaluation et diagnostic, traitements pharmacologiques)	Aucun membre du personnel clinique du programme/service n'a reçu de formation avancée sur les troubles concomitants.	De 1 à 24% du personnel clinique du programme/service a été ou s'est formé de façon avancée aux troubles concomitants. La formation est encouragée, mais ne fait pas formellement partie du plan de formation du personnel du programme/service.	De 25% à 50% du personnel clinique du programme/service est formé de façon avancée. Le plan de formation du programme/service prévoit que certains membres du personnel doivent avoir une formation avancée en troubles concomitants (thérapies et traitements spécifiques en troubles concomitant; évaluation et diagnostic; traitement pharmacologique).	De 51 à 79% du personnel clinique du programme/service est formé de façon avancée aux troubles concomitants. Le plan de formation prévoit que la majorité du personnel clinique soit formé de façon avancée. Il assure le suivi du nombre d'employés formés de façon avancée et assure la formation continue en troubles concomitants.	La grande majorité du personnel clinique (80% et plus) du programme/service est formé de façon avancée et le suivi du nombre d'employés formés est fait sur une base continue. Cette proportion de personnel formé de façon avancée est maintenue malgré le mouvement de personnel.

Annexe 3 : Grille d'évaluation des services en santé mentale

Date:	Fonction:
Établissement:	Téléphone de l'évaluateur:
Service:	Nombre de clients différents par année:
Évaluateur:	Durée moyenne des épisodes de soins:

	1 Services en santé mentale uniquement	2	3 Capacité à traiter les TC (DDC)	4	5 Services renforcés pour les TC (DDE)
1 - Structure du programme					
1A-La cible principale de l'intervention du programme/service, tel qu'énoncé dans sa mission (ou la mission du programme ou de l'établissement si le service n'a pas une mission définie)	Les troubles mentaux sont l'unique cible.		Les troubles mentaux sont la principale cible et les troubles concomitants (santé mentale/dépendance) sont aussi traités.		Les TC (santé mentale/ dépendance) sont la principale cible.
1B-Certification organisationnelle et permis d'exercer	Le programme/service a uniquement les accréditations pour le traitement des troubles mentaux.	Le programme/service ne fait pas face à des obstacles réels pour traiter les troubles concomitants, mais le personnel indique qu'il existe des obstacles en matière de certification ou de licence.	Le programme/service ne rencontre pas d'obstacle pour traiter la toxicomanie des personnes qu'il soigne en santé mentale.		Le programme/ service est certifié ou autorisé à traiter les deux problématiques.
1C- Coordination et collaboration avec les services en dépendance	Le programme/service n'a convenu d'aucune entente formelle de collaboration/coordination avec les services en dépendance. Des références vers les services en dépendance peuvent se faire, sans plus.	Le programme/service a une relation informelle, vague, non documentée, avec les services en dépendance ou un membre du personnel de ces services. Des échanges occasionnels d'information ont lieu, au-delà de la référence initiale.	Le programme/service a des mécanismes de collaboration et de coordination formalisés et documentés avec les services en dépendance. Une entente formelle existe qui définit les responsabilités de chacun et les interactions requises pour assurer la collaboration.	Le programme/ service a des mécanismes de collaboration et de coordination formalisés et documentés. Des gestionnaires de cas ou un programme d'échange de personnel est parfois utilisé, de façon variable par les intervenants. Des éléments de services intégrés sont plus fréquemment utilisés tels que des plans de services individualisés ou des plans d'intervention interdisciplinaire regroupant des professionnels des deux services.	La plupart des services du programme/service sont intégrés. Ils utilisent couramment des PSI, PII incluant des professionnels des deux services, ou des gestionnaires de cas ou un programme d'échange de personnel.
1D- Financement	Le programme/service ne peut facturer que des traitements de santé mentale.	Le programme/service pourrait facturer des traitements en dépendance si le trouble de santé mentale est	Le programme/service peut facturer pour l'un ou l'autre type de services, cependant, un trouble de santé mentale doit être primaire.		Le programme/ service peut facturer pour des traitements de toxicomanie ou de santé mentale, ou leur combinaison et/ou leur intégration.

	1 Services en santé mentale uniquement	2	3 Capacité à traiter les TC (DDC)	4	5 Services renforcés pour les TC (DDE)
		primaire, mais le personnel indique qu'il existe des obstacles. - OU - Remboursement partiel des services en dépendance.			
2 - Environnement du programme					
2A - Processus d'accueil et de bienvenue des troubles concomitants santé mentale/dépendance	Le programme/service définit sa clientèle comme étant celle qui présente des troubles mentaux uniquement et réfère ou réoriente les personnes présentant des troubles ou des symptômes liés à l'utilisation de substances.	Le programme/service définit sa clientèle comme présentant uniquement des troubles mentaux (par exemple, critères d'admission, population cible), mais dispose d'une procédure informelle permettant à certaines personnes atteintes de troubles liés à l'utilisation de substances d'être admises.	Le programme/service définit sa clientèle dans sa documentation comme présentant des troubles mentaux tout en mentionnant qu'il accepte aussi chez sa clientèle les usagers qui présentent des troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives, dans la mesure où ils sont légers ou relativement stables.	Le programme/service définit sa clientèle comme au niveau 3, mais l'équipe traite de plus en plus les TUS, peu importe leur gravité, sans que le tout soit officialisé dans la documentation.	Le programme/service définit dans sa documentation sa clientèle comme présentant des troubles concomitants santé mentale/dépendance et traite les deux problématiques, peu importe la gravité des troubles.
2B - Affichage et distribution de matériel éducatif sur les troubles mentaux et les troubles d'utilisation de substance	Le programme/service distribue du matériel éducatif sur la santé mentale ou le soutien par les pairs uniquement.	Le programme/service dispose de matériel éducatif sur les deux problématiques, mais ce matériel n'est pas systématiquement distribué.	Le programme/service dispose de matériel éducatif sur les deux problématiques. Ce matériel est disponible dans les salles d'attente et il est remis lors de l'orientation des patients et lors des visites familiales, mais la distribution est moins importante pour les troubles liés à l'utilisation de substances.	Le programme/service dispose de matériel éducatif sur les deux problématiques et il est distribué de façon équivalente auprès de la clientèle (salle d'attente, orientation des usagers, visites familiales, etc.).	Le programme/service dispose de matériel éducatif sur les deux problématiques et il est distribué de façon équivalente auprès de la clientèle. De plus, le matériel aborde les interactions entre les deux troubles.
3 - Processus clinique: Évaluation					
3A - Méthodes habituelles de détection de l'usage de substances	Dans le programme/service, la détection initiale de l'utilisation de substance se limite à ce qui est rapporté par l'usager. Parfois les intervenants procèdent à une détection, basée sur leurs observations et leurs impressions.	Dans le programme/service, une détection de base de l'utilisation de substances est faite par les intervenants, mais elle n'est ni systématique, ni standardisée (moins de 80% des clients). La détection peut inclure une revue des symptômes, les antécédents de traitement, d'abstinence et de rechute. Variation importante des pratiques entre les intervenants.	Dans le programme/service, des questions standardisées sont systématiquement utilisées pour détecter l'utilisation problématique de substances. Les questions peuvent être ouvertes ou fermées, mais elles sont intégrées au processus/protocole d'évaluation plus large dans au moins 80% des cas.	Dans le programme/service, la détection des problèmes de consommation se fait dans au moins 80% des évaluations, à partir d'outils standardisés, dont la validité et la fiabilité sont établies. Le dépistage toxicologique est considéré comme une mesure standardisée.	Dans le programme/service, une détection des problèmes de consommation et des troubles mentaux se fait dans au moins 80% des évaluations, à partir d'outils standardisés, dont la validité et la fiabilité sont établies. Le dépistage toxicologique est considéré comme une mesure standardisée.
3B - Méthodes habituelles d'évaluation suite à une Détection Positive d'Utilisation de Substances (dpus)	Dans le programme/service, l'évaluation d'un trouble d'utilisation de substance (TUS) n'est pas documentée au dossier des usagers qui ont eu une détection positive	Dans le programme/service, l'évaluation TUS est réalisée pour certains usagers qui ont une "dpus", mais elle n'est pas systématique ou elle	Dans le programme/service, l'évaluation d'un TUS est présente dans 50 à 69% des dossiers où nous avons un "dpus". Un mécanisme formel d'évaluation pour les "dpus" est en place.	Dans le programme/service, l'évaluation d'un TUS est présente dans 70 à 89% des dossiers où nous avons un "dpus". Le programme/service a une politique en	Dans le programme/service, l'évaluation d'un TUS est formelle, standardisée et intégrée à l'évaluation des troubles mentaux. Elle est présente au dossier des usagers

	1 Services en santé mentale uniquement	2	3 Capacité à traiter les TC (DDC)	4	5 Services renforcés pour les TC (DDE)
	d'utilisation de substances ("dpus").	est variable d'un intervenant à l'autre.	Cette évaluation porte sur les symptômes actuels, l'historique de consommation, les antécédents de traitement et leurs impacts, les risques de rechute, etc. L'évaluation peut être faite dans le service ou ailleurs avec une entente formelle de collaboration.	matière d'évaluation des TUS et possède les capacités sur le site pour réaliser ces évaluations.	dans au moins 90% des cas. Ceci inclut l'utilisation systématique d'outils standardisés et validés pour les deux troubles, tel que défini dans une politique formelle.
3C - Diagnostic du trouble mental (TM) et du trouble d'utilisation de substances (TUS) documenté	Dans le programme/service, le diagnostic du trouble d'utilisation de substances (TUS) n'est pas fait ni documenté.	Dans le programme/service, une impression diagnostique du TUS ou les antécédents de traitement du TUS sont documentés au dossier, mais le programme/service n'a pas un processus formel pour faire et documenter un diagnostic de TUS. Le programme/service a la capacité de faire le diagnostic, mais celui-ci est rarement réalisé ou de façon inconsistante ou selon le besoin.	Le programme/service a un mécanisme pour faire le diagnostic du TUS en temps opportun. Le diagnostic est documenté dans 50 à 69% des dossiers.	Le programme/service a un mécanisme pour faire le diagnostic du TUS en temps opportun. Le diagnostic est documenté dans 70 à 89% des dossiers.	Dans le programme/service, des services de diagnostic complets sont fournis en temps opportun. Les diagnostics de TUS sont documentés dans 90% des dossiers.
3D - Documentation au dossier de l'historique des troubles mentaux, de la consommation de substances, de leurs interactions et séquences d'apparition	Dans le programme/service, seul l'historique des troubles mentaux est documenté aux dossiers.	Dans le programme/service, les formulaires standardisés du dossier recueillent uniquement l'historique des troubles mentaux. L'historique des TUS est colligé de façon inconsistante. Si un mécanisme est prévu pour documenter l'historique de consommation des usagers, celui-ci est utilisé dans moins de 80% des dossiers.	Dans le programme/service, l'historique des troubles mentaux et des TUS est documenté de façon habituelle dans la section narrative des dossiers. Cette documentation est réalisée dans au moins 80% des dossiers. En l'absence de TUS, la section narrative souligne cette absence.	Dans le programme/service, une section spécifique dans les dossiers des usagers est dédiée pour documenter l'historique et la chronologie des troubles mentaux et des TUS.	Dans le programme/service, une section spécifique dans les dossiers des usagers est dédiée pour documenter l'historique et la chronologie des troubles mentaux et des TUS. De plus, l'interaction entre les troubles est analysée en fonction du temps, de façon structurée et standardisée ET cette documentation est réalisée dans au moins 80% des dossiers.
3E - Admission au programme selon l'intensité des symptômes du TUS (intoxication, sevrage, dangerosité, risques, agitation, capacités d'autorégulation): faible, modérée, élevée.	Le programme/service est en mesure de travailler avec des usagers qui ne présentent pas ou qui présentent des symptômes reliés au TUS de faible intensité.		Le programme/service est en mesure de travailler avec des usagers qui présentent des symptômes reliés au TUS d'intensité faible à modérée, mais qui sont stables (les usagers ne doivent pas être intoxiqués et ont une certaine capacité d'autorégulation).		Le programme/service est en mesure de travailler avec des usagers qui présentent des symptômes reliés au TUS d'intensité modérée à élevée, incluant ceux qui sont instables au niveau de leur TUS. Le programme/service est en mesure de fournir un traitement complet, intégré et n'est pas dépendant

	1 Services en santé mentale uniquement	2	3 Capacité à traiter les TC (DDC)	4	5 Services renforcés pour les TC (DDE)
					d'une référence vers les programmes en dépendance.
3F - Admission au programme selon la sévérité et la persistance des atteintes fonctionnelles : faible, modérée, élevée.	Le programme/service est en mesure de travailler avec des usagers qui ne présentent pas ou qui présentent une sévérité et une persistance d'atteintes fonctionnelles dues au TUS, de faible intensité (capacités à composer avec les relations, le travail, les finances, les interactions sociales). Les usagers qui présentent des antécédents de TUS sévères et persistants, de traitement avec hébergement de longue durée sont réorientés.		Le programme/service est en mesure de travailler avec des usagers qui présentent une sévérité et persistance d'atteintes fonctionnelles dues au TUS, d'intensité faible à modérée (i.e. les usagers peuvent avoir des atteintes fonctionnelles persistantes dans un service).		Le programme/service est en mesure de travailler avec des usagers qui présentent une sévérité et persistance d'atteintes fonctionnelles dues au TUS, d'intensité modérée à élevée (i.e. les usagers peuvent avoir des atteintes fonctionnelles de nature chronique dans plusieurs services).
3G - Évaluation de l'engagement en traitement	Dans le programme/service, la motivation au changement (stade de changement et de traitement) n'est ni évaluée ni documentée.	Dans le programme/service, la motivation au changement est évaluée de façon irrégulière par les intervenants. Le processus est informel, non standardisé ou encore, un protocole convenu est utilisé chez moins de 80% des usagers.	Dans le programme/service, les intervenants évaluent et documentent de façon régulière la motivation au changement, au regard du trouble mental. Les intervenants utilisent un protocole d'évaluation qui inclut l'évaluation de la motivation et il est utilisé auprès de 80% et plus des usagers.	Dans le programme/service, une mesure formelle est utilisée pour documenter la motivation au changement, mais elle cible uniquement les troubles mentaux.	Dans le programme/service, des mesures formelles et standardisées sont utilisées et documentent à la fois la motivation au changement au regard des troubles mentaux et du TUS.
4 - Processus clinique: Traitement					
4A - Plan de traitement	Dans le programme/service, les plans d'intervention ciblent uniquement les troubles mentaux.	Dans le programme/service, les plans d'intervention ciblent parfois ou vaguement le troubles concomitants. Ceci varie d'un intervenant à l'autre.	Dans le programme/service, les PI ciblent dans 80% et plus des situations les deux troubles, mais le trouble mental est ciblé en priorité et de façon spécifique alors que le TUS est ciblé de façon secondaire avec des objectifs et des moyens plus généraux (maintenir l'abstinence).	Dans le programme/service, les PI ciblent dans 80% des situations et plus les deux troubles et les deux troubles sont considérés sur un même pied d'égalité. Des objectifs individualisés et des interventions spécifiques pour chaque trouble ne sont pas systématiquement présents au PI.	Dans le programme/service, les PI ciblent dans 80% des situations et plus les deux troubles, tout en les considérant sur un même pied d'égalité. Des objectifs individualisés, spécifiques, mesurables et des interventions précises ciblent les symptômes des deux troubles. De plus, les interventions utilisées au sein du programme/service sont de nature psychosociale et pharmacologique.

	1 Services en santé mentale uniquement	2	3 Capacité à traiter les TC (DDC)	4	5 Services renforcés pour les TC (DDE)
4B - Évaluation et suivi de l'évolution interactive des deux problématiques	Dans le programme/service, l'évolution du TUS n'est pas documentée au dossier.	Dans le programme/service, la documentation de l'évolution du TUS au dossier est variable d'un intervenant à l'autre.	Dans le programme/service, un suivi de l'évolution des changements du TUS est documenté au dossier dans les notes d'évolution pour 80% et plus des usagers concernés. La description a plutôt tendance à être de base ou générique.	Dans le programme/service, un mécanisme de suivi des impacts du traitement, tant sur les troubles mentaux que sur le TUS, est accessible, mais utilisé, mais dans moins de 80% des situations.	Dans le programme/service, le suivi des impacts du traitement sur les symptômes des deux problématiques est documenté de façon précise et détaillée dans plus de 80% des situations.
4C - Procédures de gestion des intoxications, rechutes, sevrages et consommateurs actifs	Le programme/service n'a pas de procédure écrite au regard des urgences associées à la consommation et la majorité du personnel n'a pas de connaissance spécifique pour gérer ce type de situation.	Le personnel du programme/service est en mesure d'expliquer les procédures d'urgence à suivre pour les situations de crise associées à la consommation de substances, bien qu'il n'y ait pas de procédure écrite. Réorienter les usagers intoxiqués vers l'urgence ou faire appel au 911, ne sont pas considérées comme des procédures internes suffisantes. Une procédure implique nécessairement une évaluation du risque et de l'urgence ainsi que des modalités d'intervention variables, adaptées selon les résultats de l'évaluation.	Dans le programme/service, une procédure écrite d'évaluation standardisée des risques et de l'urgence associée à la consommation est accessible. Cette procédure présente les stratégies d'intervention adaptées selon les niveaux de risque et les orientations à privilégier, qui s'appuient sur des ententes de collaboration avec les différents services requis pour gérer ces situations (désintoxication, etc.). De plus, le personnel clinique connaît cette procédure et les ententes de collaboration.	Dans le programme/service, l'utilisation de la procédure écrite, des outils d'évaluation du risque et des orientations à privilégier en situation de crise associée aux troubles mentaux et aux rechutes de consommation est variable. Le programme/service dispose d'une telle procédure pour maintenir les usagers en traitement lorsque possible. Mais cette procédure n'est pas toujours suivie, dépendamment des connaissances du personnel sur celle-ci.	Le programme/service présente une capacité à évaluer les risques associés à une consommation continue de substances ainsi que la gravité des symptômes des troubles mentaux. Les usagers sont maintenus en traitement à moins que la sécurité de ces derniers exige un placement alternatif. Le programme/service a des procédures écrites détaillées pour la gestion des urgences, l'évaluation des risques, les interventions requises selon les niveaux de risque, etc. Le personnel s'attend à devoir gérer ce type d'urgence. Il maîtrise et adhère à la procédure écrite.
4D - Stade de changement/engagement durant le traitement	Dans le programme/service, le stade de changement ou engagement en traitement n'est pas évalué en cours de traitement, ni explicite dans le plan d'intervention. La motivation au changement de la consommation ou du trouble mental n'est pas monitorée en cours de traitement.	Dans le programme/service, le stade de changement ou la motivation sont monitorés de façon informelle et variable, selon les intervenants.	Dans le programme/service, le stade de changement ou la motivation au changement pour le trouble mental est monitoré et documenté chez plus de 80% des usagers en cours de suivi, mais le plan de traitement n'est pas formellement adapté en conséquence.	Dans le programme/service, le stade de changement ou la motivation pour le trouble mental est monitoré et documenté, puis le plan de traitement est adapté en conséquence, mais dans moins de 80% des situations. La motivation pour le changement de la consommation n'est pas monitorée ou incorporée dans le plan de traitement.	Dans le programme/service, le stade de changement ou la motivation pour le trouble mental et le TUS sont monitorés/documentés et les plans d'interventions sont adaptés en conséquence pour les deux dimensions dans plus de 80% des situations.
4E - Politiques/procédures pour l'évaluation, la gestion, le suivi et l'adhésion à la médication pour le TUS (traitement des états d'intoxication, des symptômes de sevrage, diminution des effets renforçateurs des	Dans le programme/service, les usagers qui présentent un TUS actif ne sont pas acceptés. Absence de capacité à prescrire et assurer le suivi de la Rx pour le TUS.	Dans le programme/service, la médication pour le TUS n'est pas prescrite. Le service a certaines capacités pour assurer le suivi d'une médication lorsque déjà prescrite et peut	Dans le programme/service, certains types de Rx pour le TUS sont accessibles et une procédure associée à ceux-ci est définie. Des prescripteurs au sein du programme/service sont présents et un mécanisme prévoit	Dans le programme/service, des normes de prescription des Rx pour les TUS sont établies pour les prescripteurs qui sont des membres du personnel du service, bien qu'ils ne soient pas	Dans le programme/service, la gamme complète des Rx pour les TUS est accessible. Des normes et paramètres de prescription sont présents. Les prescripteurs font partie de l'équipe et tous les membres de

	1 Services en santé mentale uniquement	2	3 Capacité à traiter les TC (DDC)	4	5 Services renforcés pour les TC (DDE)
substances) et pour la gestion des médicaments susceptibles de créer une dépendance (benzodiazépines)		collaborer avec le prescripteur, mais ne débute pas de tels traitements.	qu'ils puissent se référer à un prescripteur d'expérience dans le domaine des addictions. Le suivi des prescriptions est assuré.	entièrement intégrés à l'équipe. Ils fonctionnent de façon indépendante.	l'équipe peuvent contribuer au suivi de la médication.
4F - Interventions spécialisées avec contenus spécifiques pour les TUS (tels que les obstacles au rétablissement, la prévention de la rechute, le recours aux groupes de soutien, l'entretien motivationnel, la TCC, les approches des 12 étapes, etc.)	Le programme/service ne réalise pas d'interventions spécialisées qui ciblent le TUS.	Dans le programme/service, des interventions génériques sur le TUS sont réalisées par certains intervenants, selon ce qu'ils jugent requis.	Dans le programme/service, des interventions génériques qui ciblent le TUS sont réalisées auprès de 80% des usagers concernés.	Dans le programme/service, le niveau 3 est atteint et certains intervenants offrent une intervention spécialisée de niveau 5 qui cible le TUS.	Dans le programme/service, des interventions spécialisées, manualisées, qui ciblent le TUS sont actualisées auprès de plus de 80% des usagers concernés (MI, TCC, prévention de la rechute, CRA, twelve step facilitation therapy, MFT, DBT, IDDT, etc.).
4G - Éducation sur les TUS, leur traitement et leurs interactions avec les troubles mentaux	Dans le programme/service, des interventions éducatives sur les TUS ne sont pas offertes.	Dans le programme/service, un contenu générique d'éducation sur les TUS est offert de façon variable selon les intervenants.	Dans le programme/service, un contenu générique d'éducation sur les TUS est offert à plus de 80% des usagers concernés.	Dans le programme/service, un contenu spécifique pour des troubles concomitants spécifiques est offert de façon variable par les intervenants.	Dans le programme/service, un contenu spécifique sur des troubles concomitants spécifiques est offert à plus de 80% des usagers concernés.
4H - Éducation et soutien auprès des familles	Dans le programme/service, de l'éducation ou du soutien auprès des familles n'est pas réalisé ou seulement au regard des troubles mentaux.	Dans le programme/service, de l'éducation ou du soutien sur la question des TUS est offert aux familles de façon variable par les intervenants.	Dans le programme/service, un groupe de soutien et d'éducation sur les troubles concomitants est offert au besoin.	Dans le programme/service, un groupe de soutien et d'éducation sur les troubles concomitants est offert de façon systématique, mais moins de 80% des familles concernées y participent.	Dans le programme/service, un groupe de soutien et d'éducation sur les troubles concomitants est offert de façon systématique et plus de 80% des familles concernées y participent.
4I - Interventions spécialisées pour faciliter l'utilisation des groupes de soutien durant le traitement	Dans le programme/service, il n'y a pas d'intervention réalisée pour faciliter l'utilisation des groupes de soutien en santé mentale ou en dépendance.	Dans le programme/service, des interventions sont faites, de façon variable par les intervenants, pour certains usagers et principalement pour faciliter l'utilisation des groupes de soutien en santé mentale.	Dans le programme/service, une invitation générique à participer aux groupes de soutien en santé mentale est réalisée pour 80% et plus des usagers, mais pas pour les groupes de soutien en dépendance.	Dans le programme/service, des interventions spécifiques pour les individus concernés sont réalisées pour faciliter leur participation à des groupes de soutien en santé mentale ou dépendance, mais le tout est rarement documenté au dossier.	Dans le programme/service, une intervention systématique et spécifique pour faciliter l'utilisation des groupes de soutien est réalisée et documentée au plan d'intervention et aux notes d'évolution. Ces interventions peuvent inclure un accompagnement par un pair aidant.
4J - Accessibilité à des pairs aidants pour soutenir le rétablissement des usagers présentant des troubles concomitants	Dans le programme/service, des pairs aidants ne sont pas accessibles ou leur utilisation n'est pas favorisée.	Dans le programme/service, des références occasionnelles auprès des pairs aidants hors site sont réalisées, mais le tout est variable selon les intervenants.	Dans le programme/service, la référence ou la mise en relation des usagers avec des pairs aidants hors site, dont certains ont eu des troubles concomitants, est réalisée dans 80% des situations ou plus.	Dans le programme/service, la référence aux pairs aidants est intégrée au plan d'intervention dans 80% et plus des situations. L'utilisation systématique des pairs aidants fait partie de la programmation.	Dans le programme/service, le recours aux pairs aidants est systématique, documenté au plan d'intervention et accessible sur le site.

	1 Services en santé mentale uniquement	2	3 Capacité à traiter les TC (DDC)	4	5 Services renforcés pour les TC (DDE)
5 - Continuité des soins					
5A - Planification des fins de traitement au regard des troubles concomitants	Dans le programme/service, le plan de fin de traitement des usagers ne cible que les troubles mentaux.	Dans le programme/service, le plan de fin de traitement cible parfois le TUS, mais de façon variable d'un intervenant à l'autre, et la priorité demeure le trouble mental.	Dans le programme/service, le plan de fin de traitement cible les deux troubles dans plus de 80% des situations, mais le trouble mental demeure la cible prioritaire et le TUS est abordé de façon générique (maintenir l'abstinence).	Dans le programme/service, le plan de fin de traitement cible les deux troubles de façon égale, mais dans moins de 80% des situations. Des services sont prévus pour les deux troubles.	Dans le programme/service, le plan de fin de traitement cible les deux troubles de façon égale, dans plus de 80% des situations. Les services sont prévus pour les deux troubles, sur le site et hors site. Pour les services hors site, des ententes formelles existent.
5B - La capacité à assurer la continuité des services	Dans le programme/service, il n'y a pas de mécanisme pour assurer la continuité des soins du TUS une fois le traitement pour le trouble mental complété. Une orientation peut être faite en dépendance, sans échanges formels avec le partenaire.	Dans le programme/service, il n'y a pas de protocole formel de suivi continu des besoins associés au TUS, une fois le traitement en santé mentale complété, mais certains cliniciens peuvent demeurer présents au dossier pour assurer la transition jusqu'à ce que les services en dépendance soient mis en place. La documentation au dossier est variable.	Dans le programme/service, il n'y a pas de protocole formel de suivi continu des besoins associés au TUS, une fois le traitement en santé mentale complété, mais la majorité des intervenants assurent, lorsque requis, la continuité des soins jusqu'à ce que les services en dépendance soient mis en place. Le tout est documenté au dossier.	Dans le programme/service, un protocole formel de suivi continu est prévu, tant pour les besoins en santé mentale que pour le TUS, mais le tout est documenté de façon variable par les intervenants.	Dans le programme/service, un protocole formel de suivi continu des besoins sur le plan de la santé mentale et du TUS est actualisé et documenté au dossier. Il prend souvent la forme de relances annuelles ou bisannuelles (recovery check-up).
5C - Services centrés sur le concept de rétablissement pour les deux troubles	Dans le programme/service, le concept de rétablissement se limite au trouble mental.	Dans le programme/service, selon les intervenants, certains intègrent le concept de rétablissement aux deux problématiques.	Dans le programme/service, les intervenants travaillent systématiquement dans une perspective de rétablissement pour le trouble mental et considèrent la consommation comme un facteur empêchant le rétablissement sur le plan de la santé mentale.		Les intervenants du programme/service travaillent systématiquement dans une perspective de rétablissement, tant pour le trouble mental que pour le TUS.

	1 Services en santé mentale uniquement	2	3 Capacité à traiter les TC (DDC)	4	5 Services renforcés pour les TC (DDE)
5D - Interventions spécialisées pour faciliter l'utilisation des groupes de pairs aidants dans la communauté, durant la planification de la fin du traitement	Les intervenants du programme/service ne font pas d'intervention pour faciliter, lors de la fin de traitement, l'utilisation des groupes de soutien/pairs aidants en santé mentale ou dépendance dans la communauté.	Certains intervenants du programme/service réalisent de façon occasionnelle des interventions dans la planification de la fin du traitement pour faciliter principalement l'utilisation de groupes de soutien/pairs aidants en santé mentale.	Les intervenants du programme/service réalisent des interventions spécifiques auprès des usagers en fin de traitement pour faciliter leur utilisation des groupes de soutien/pairs aidants en santé mentale. Ils les incitent à utiliser les groupes de soutien/pairs aidants en dépendance, mais ne font pas d'intervention spécifique facilitant leur utilisation.	Les intervenants du programme/service réalisent des interventions et de la liaison proactive pour un minimum de 50% des usagers, lors de la planification des fins de traitement, pour faciliter leur utilisation des groupes de soutien/pairs aidants en santé mentale et en dépendance.	Les intervenants du programme/service réalisent des interventions et de la liaison proactive pour un minimum de 80% des usagers, dans le but de faciliter leur utilisation des groupes de soutien/pairs aidants en santé mentale et en dépendance dans la communauté, à la fin du traitement. Ceci fait partie de la procédure de continuité des soins et peut inclure la présentation d'un pair aidant à l'utilisateur, son accompagnement à une première rencontre ou permettre la participation aux rencontres accessibles dans le programme/service.
5E - Continuité de la prescription de la médication pour le TUS	Dans le programme/service, il n'y a pas de prescription faite pour assurer la continuité de la médication pour le TUS lors de la fin de traitement, outre une référence à son médecin ou au prochain service dans la communauté.	Le programme/service assure de façon variable, lors de la fin de traitement, la continuité de la médication pour les 30 prochains jours, jusqu'à son prochain rendez-vous avec son médecin ou le prochain service dans la communauté. Ceci n'est pas une pratique habituelle.	Le programme/service a la capacité d'assurer, lors de la fin de traitement, la continuité de la médication pour les 30 prochains jours, jusqu'à son prochain rendez-vous avec son médecin ou le service dans la communauté. La prescription et le rendez-vous avec son médecin dans la communauté est documenté au dossier.	Le programme/service a la capacité d'assurer, lors de la fin de traitement, la prescription et le suivi de la médication pour les 45 à 90 prochains jours, jusqu'à ce que la personne soit admise au prochain service. La prescription ET la confirmation de l'admission au prochain service sont documentés au dossier.	Le programme/service est en mesure d'assurer la prescription et le suivi de la médication pour une durée infinie.
6 - Ressources humaines					
6A - Présence de psychiatres et autres médecins prescripteurs	Le programme/service n'a pas de relation formelle avec un prescripteur d'expérience pour les TUS.	Le programme/service a une entente avec un prescripteur d'expérience hors site pour le consulter ou fournir la prescription pour le TUS au besoin.	Le programme/service a une entente avec un prescripteur d'expérience hors site qui va offrir sur le site de la consultation ou la prescription pour le TUS, mais il n'est pas membre de l'équipe.	Le programme/service a un prescripteur d'expérience sur le site, membre du personnel, qui assure la prescription pour le TUS, mais ne participe pas aux activités courantes de l'équipe.	Le programme/service a un prescripteur d'expérience sur le site, membre du personnel, qui assure la prescription pour le TUS, y compris les médicaments qui nécessitent des autorisations particulières (méthadone). De plus, il participe de façon active aux activités courantes de l'équipe, aux prises de décisions cliniques et assure au besoin la supervision de l'équipe.

	1 Services en santé mentale uniquement	2	3 Capacité à traiter les TC (DDC)	4	5 Services renforcés pour les TC (DDE)
6B - Présence de cliniciens avec compétences et expériences en matière de TUS	Le programme/service n'a pas de personnel clinique qui possède une formation certifiée ou une expérience de travail significative à travers laquelle il a pu développer une expertise ou des compétences en matière de traitement des TUS.	1 à 24% du personnel clinique du programme/service possède une formation certifiée ou une expérience de travail significative à travers laquelle il a pu développer une expertise ou des compétences en matière de traitement des TUS.	25 à 33% du personnel clinique du programme/service possède une formation certifiée ou une expérience de travail significative à travers laquelle il a pu développer une expertise ou des compétences en matière de traitement des TUS.	34 à 49% du personnel clinique du programme/service possède une formation certifiée ou une expérience de travail significative à travers laquelle il a pu développer une expertise ou des compétences en matière de traitement des TUS.	Au moins 50% du personnel clinique du programme/service possède une formation certifiée ou une expérience de travail significative à travers laquelle il a pu développer une expertise ou des compétences en matière de traitement des TUS.
6C - Accès à de la consultation ou de la supervision clinique en matière de TUS	Le programme/service n'a pas la capacité d'offrir de la supervision clinique en matière de TUS.	Le programme/service donne accès, de façon variable, occasionnelle, informelle, non documentée, à un service hors site de consultation/supervision clinique en matière de TUS.	Le programme/service a la capacité d'offrir, au besoin, de la consultation/supervision en matière de TUS, de façon semi-structurée. Ceci se fait prioritairement pour gérer les situations de crise ou orienter les usagers concernés.	Le programme/service offre de façon régulière, sur place, par un membre de son personnel, de la supervision en matière de TUS. Celle-ci peut inclure des apprentissages de fond sur le plan de l'évaluation et du traitement, le développement d'habiletés formelles de traitement en matière de TUS, mais le tout n'est pas formellement documenté.	Le programme/service offre de façon régulière et structurée de la supervision en matière de TUS. Celle-ci inclut des apprentissages de fond au plan de l'évaluation et du développement d'habiletés sur le plan du traitement des TUS. Elle implique au moins une des activités suivantes: révision d'enregistrements d'intervention, observation directe d'intervention, utilisation de grilles de fidélité aux protocoles de traitement. Ces activités sont documentées et régulières.
6D - Révision des charges de cas et de l'utilisation des services des usagers présentant des troubles concomitants	Le programme/service n'a pas de procédure formelle de révision des charges de cas et de l'utilisation des services par la clientèle présentant des troubles concomitants.	Le programme/service a une procédure informelle et occasionnelle de révision des charges de cas et de l'utilisation des services par la clientèle présentant des troubles concomitants. Elle est réalisée par un consultant externe et peut ne pas être documentée.	Le programme/service a une procédure formelle et régulière de révision des charges de cas et de l'utilisation des services. Elle n'est pas spécifique aux troubles concomitants, mais elle permet une révision générale de la progression des TUS chez la clientèle et la documentation fait état de la considération des troubles concomitants dans la gestion du service.	Le programme/service a une procédure formelle et régulière de révision des charges de cas et de l'utilisation des services par les usagers présentant des troubles concomitants. La documentation fait référence aux catégories de TUS, mais il n'y a pas d'évaluation systématique des traitements utilisés pour les troubles concomitants.	Le programme/service a une procédure formelle de révision des charges de cas des usagers présentant des troubles concomitants et utilise un protocole de révision standardisé pour évaluer la conformité des pratiques cliniques aux procédures établies ainsi que la progression des usagers en traitement. Le processus de révision peut inclure l'utilisateur. Le tout est documenté.
6E - Des pairs aidants/anciens usagers avec des troubles concomitants sont disponibles	Dans le programme/service, des pairs aidants/anciens usagers avec troubles concomitants ne sont pas disponibles sur le site ou il n'y a pas de liaison faite avec des groupes hors site.	Dans le programme/service, des pairs aidants/anciens usagers avec troubles concomitants sont disponibles dans la communauté, mais la référence est	Dans le programme/service, des pairs aidants/anciens usagers avec troubles concomitants sont disponibles dans la communauté et des références sont régulièrement faites les intervenants.	Dans le programme/service, des pairs aidants/anciens usagers avec troubles concomitants sont disponibles sur le site. Ils peuvent faire partie de	Dans le programme/service, des pairs aidants/anciens usagers avec troubles concomitants sont disponibles sur le site. Ils peuvent faire partie de l'équipe, être bénévoles, etc., et les références sont

	1 Services en santé mentale uniquement	2	3 Capacité à traiter les TC (DDC)	4	5 Services renforcés pour les TC (DDE)
		variable selon les intervenants.		l'équipe, être bénévoles, etc., mais les références sont variables selon les intervenants.	régulières par les intervenants.
7 – Formation					
7A - Formation de base sur les troubles concomitants (leur prévalence, signes-symptômes, les attitudes à adopter, la détection et l'orientation dans les services)	Aucun membre du personnel clinique du programme/service n'a reçu de formation de base sur les troubles concomitants.	De 1 à 24% du personnel clinique du programme/service a été ou s'est formé aux troubles concomitants. La formation est encouragée, mais ne fait pas formellement partie du plan de formation du personnel du programme/service.	De 25% à 50% du personnel clinique du programme/service est formé. Le plan de formation du programme/service prévoit que certains membres du personnel doivent avoir une formation de base en troubles concomitants dont sa prévalence, ses principaux signes-symptômes, les attitudes appropriées, la détection et l'orientation de cette clientèle dans les services.	De 51 à 79% du personnel clinique du programme/service est formé aux troubles concomitants. Le plan de formation prévoit que la majorité du personnel clinique soit formé. Il assure le suivi du nombre d'employés formés et assure une formation de base continue en troubles concomitants.	La grande majorité du personnel clinique (80% et plus) du programme/service est formé et le suivi du nombre d'employés formés est fait sur une base continue. Cette proportion de personnel formé est maintenue malgré le mouvement de personnel.
7B - Formation spécialisée et avancée sur le traitement psychosocial et pharmacologique intégré pour les troubles concomitants (connaissance des thérapies et traitements spécifiques pour les troubles concomitants, évaluation et diagnostic, traitements pharmacologiques)	Aucun membre du personnel clinique du programme/service n'a reçu de formation avancée sur les troubles concomitants.	De 1 à 24% du personnel clinique du programme/service a été ou s'est formé de façon avancée aux troubles concomitants. La formation est encouragée, mais ne fait pas formellement partie du plan de formation du personnel du programme/service.	De 25% à 50% du personnel clinique du programme/service est formé de façon avancée. Le plan de formation du programme/service prévoit que certains membres du personnel doivent avoir une formation avancée en troubles concomitants (thérapies et traitements spécifiques en troubles concomitants; évaluation et diagnostic; traitement pharmacologique).	De 51 à 79% du personnel clinique du programme/service est formé de façon avancée en troubles concomitants. Le plan de formation prévoit que la majorité du personnel clinique soit formé de façon avancée. Il assure le suivi du nombre d'employés formés de façon avancée et assure la formation continue en troubles concomitants.	La grande majorité du personnel clinique (80% et plus) du programme/service est formé de façon avancée et le suivi du nombre d'employés formés est fait sur une base continue. Cette proportion de personnel formé de façon avancée est maintenue malgré le mouvement de personnel.

Annexe 4 : Exemples de services intégrés tirés de la littérature

Les interventions indiquées selon certains sous-groupes spécifiques sont présentées de façon sommaire dans le tableau ci-dessous et sont issues des travaux de Rush et coll. (2002)

Sous-groupes	Mode d'intervention	Stratégies d'intervention générales selon les meilleures pratiques
<u>Groupe 1 :</u> troubles liés aux SPA, troubles de l'humeur et troubles anxieux concomitants	<ul style="list-style-type: none"> • Approche intégrée de traitement et de soutien en commençant par le trouble de substances • Pour le SSPT, traitement simultané 	<p>Thérapie cognitive comportementale incluant les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Traiter le contexte de la consommation; • S'adapter au stade de changement et de motivation • Résoudre les problèmes pratiques • Mettre l'action sur l'action • Compter sur les soutiens sociaux • Résoudre l'ambivalence concernant le changement • Déterminer et gérer les indices de consommation abusive • Pour le SSPT, les auteurs soulignent les travaux de Najavits et coll. concernant le Seeking Safety
<u>Groupe 2 :</u> troubles liés aux SPA et troubles mentaux sévères et persistants concomitants	<ul style="list-style-type: none"> • Approche intégrée de traitement et de soutien planifiée et administrée simultanément 	<ul style="list-style-type: none"> • Fondement des services de santé mentale (services médicaux et hospitaliers, intervention familiale, psychoéducation, soutien à l'emploi, intervention de crise, soutien au logement) • Approche selon le stade de changement et de motivation • Entrevue motivationnelle et traitement cognitivocomportemental • Approche de réduction des méfaits • Intervention de groupe sur les tr. concomitants et habiletés sociales • Liaison avec groupes d'entraide
<u>Groupe 3 :</u> troubles liés aux SPA et troubles de la personnalité concomitants	<ul style="list-style-type: none"> • Approche intégrée de traitement et de soutien planifiée et administrée simultanément • Pour le trouble de personnalité antisociale, il est recommandé de traiter d'abord le problème de dépendance 	<ul style="list-style-type: none"> • L'intervention la plus reconnue dans la littérature à ce sujet est l'approche dialectique de Marsha Linehan adapté aux troubles concomitants (TCD-S) auprès des personnalités limites <p>N.B. L'approche dialectique vise à enseigner aux personnes comment apprendre à avoir un meilleur contrôle de leur vie, de leurs émotions, et d'eux-mêmes par la connaissance de soi, la régulation des émotions, et la restructuration cognitive. C'est une approche complète qui est le plus souvent conduite en groupe.</p>
<u>Groupe 4 :</u> troubles liés aux SPA et troubles de l'alimentation concomitants;	<ul style="list-style-type: none"> • Approche intégrée de traitement et de soutien planifiée et administrée simultanément 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestion des services médicaux • Approche selon le stade de changement et de motivation • Entrevue motivationnelle et traitement cognitivocomportemental • Stratégies comportementales de changement aux habitudes alimentaires et de consommation de substances (surveillance du poids et de l'alimentation) • Psychothérapie concernant problèmes psychologiques (individuelle et collective) et suivi • Éducation concernant la dénégation des deux troubles