

La clientèle présentant un trouble lié à l'utilisation d'une substance et un trouble de santé mentale sévère et persistant : bilan critique de trois alternatives de traitement offertes au Québec.

Par
Chantal Proulx

Essai sous la supervision de Myriane Tétrault présenté dans
le cadre de la Maîtrise en intervention en toxicomanie

Université de Sherbrooke
Faculté de médecine et des sciences de la santé

© 15 janvier 2014

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements.....	iv
Résumé.....	v
1 : Introduction.....	1
2 : Objectif de l'essai.....	2
2.1 Présentation du contexte de travail et ses enjeux.....	2
2.2 Objectif de l'essai.....	5
3. Méthodologie.....	5
3.1 Justification d'un moyen.....	5
3.2 Déroulement des activités.....	6
4. Recension des écrits.....	7
4.1 Concomitance entre la santé mentale et la toxicomanie: prévalence.....	7
4.2 Les alternatives de traitements offertes au Québec pour la clientèle présentant un trouble de santé mentale sévère et persistant.....	10
4.2.1 Hôpital de jour	10
4.2.2 Forces et limites	12
4.2.3 Cliniques externes	15
4.2.4 Forces et limites	18
4.2.5 Programme SIME	20
4.2.6 Forces et limites	24
4.3 Directives ministérielles quant à ces trois alternatives de traitement	27
5. Discussion.....	29
5.1 Analyse critique des principaux constats observés	29
5.2 Recommandations	32
5.3 Retombées de l'essai	33

Références bibliographiques.....	34
Annexe A : La symptomatologie psychiatrique potentiellement associée à la consommation chronique de différentes drogues en comparaison avec la symptomatologie associée à la schizophrénie	43
Annexe B : Les différents groupes	44
Annexe C : Définition des neuf principes de Thornicroft et Tansella.....	47
Annexe D : Les six modules IPT.....	49
Annexe E : Entente d'imputabilité.....	50

Remerciements

Je tiens à remercier les personnes suivantes pour leur participation et leur soutien dans la réalisation de mon essai synthèse. Leur généreuse contribution a permis de mener à bien cet essai.

Merci à ma directrice d'essai, madame Myriane Tétrault, pour son soutien et ses commentaires constructifs.

Merci à mesdames Marianne Saint-Jacques, Karine Bertand, Nadia L'Espérance et monsieur Jorge Florès Aranda pour leur enseignement et leurs commentaires constructifs.

Merci aux docteurs Yvan Pelletier et Christianne Bertelli pour leur appui et leur soutien.

Merci à mes collègues Mamoune Laoucedj et Sylvie Desjardins de m'avoir encouragée et soutenue dans les moments de doute.

Merci également à Dominique Boulanger, Cécile Plourde et Martin Lafrenière pour la lecture et la correction de l'essai.

Résumé

La concomitance entre les troubles de santé mentale sévères et persistants et les troubles liés à l'utilisation d'une substance engendre diverses difficultés au niveau du traitement. Le présent essai tentera, par l'intermédiaire d'une recension des écrits, de faire un bilan critique de trois alternatives de traitement offertes au Québec, dont l'hôpital de jour, les consultations externes et le suivi intensif dans le milieu en équipe. Les principales conclusions révèlent que la moitié des personnes souffrant de troubles de santé mentale sévères et persistants souffrent également d'un trouble lié à l'utilisation de substances. De plus, les trois alternatives de traitement offertes au Québec agissent en complémentarité, mais un traitement intégré serait à développer. À la suite des diverses limites observées dans la littérature, diverses recommandations sont proposées, dont des études d'efficacité et d'efficience du traitement pour l'hôpital de jour et les consultations externes plus particulièrement, le développement d'un traitement intégré pour la clientèle adulte, un partenariat avec les centres de réadaptation en dépendance et l'offre de ces alternatives de traitements à la clientèle jeune psychotique (18 ans et plus).

Mots clés : trouble de santé mentale sévère et persistant, troubles liés à l'utilisation d'une substance, alternatives de traitement.

Key Words : Severe and persistent mental health disorders, Substance use disorders, Treatment alternatives.

1. Introduction

Les domaines de la santé mentale et de la toxicomanie représentent des défis de taille pour les professionnels de la santé. Sachant que l'alcool et les drogues modifient le comportement humain (Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies CCLAT-CCSA, 2009), l'ajout d'un trouble de santé mentale complexifie le traitement et exige du personnel de la santé une connaissance approfondie de leurs diverses interactions. Il semble, selon la littérature scientifique (Drake et Mueser, 2000; Kairouz, Boyer, Nadeau, Perreault et Fiset-Laniel, 2008; Rush, Urbanoski, Bassani, Castel, Wild, Strike, Kimberley et Somers, 2008; Skinner, O'Grady, Bartha et Parker, 2004), que la concomitance entre un trouble lié à l'utilisation d'une substance¹ et un trouble de santé mentale sévère et persistant² engendre des conséquences plus graves et problématiques chez la personne atteinte. Parmi ces conséquences, notons une diminution de la réponse aux traitements médicamenteux (American Psychological Association-APA, 2006; Rush et Koegl, 2008; Skinner et coll., 2004) entraînant une augmentation de la neurotoxicité de la maladie et une augmentation de la résistance et de la chronicité (Drake et Green, 2006), une diminution de l'insertion sociale, de la qualité de vie et une augmentation du risque d'itinérance (Drake, Osher et Wallach, 1991), une augmentation du risque d'agression envers les autres et soi-même de même qu'un plus grand risque de recourir à la criminalité (Bartels, Teague, Drake, Clark, Bush et Noordsy, 1993). De plus, il ne faut pas oublier l'impact de ces conséquences sur le taux de réhospitalisation de la clientèle et les coûts s'y rattachant pour le client lui-même, sa famille et pour l'État (CCLAT-CCSA, 2009; MSSS, 2006; Santé Canada, 2002).

Travaillant comme infirmière auprès de cette clientèle dans un programme de suivi intensif dans la communauté (SIME³), nous nous sommes intéressés aux impacts des diverses alternatives de traitements offertes au Québec (hôpital de jour-HDJ, consultation

¹ Le trouble lié à l'utilisation d'une substance fait référence à l'abus ou la dépendance à l'alcool ou aux drogues.

² Parmi les troubles de santé mentale sévères et persistants, nous retrouvons la schizophrénie, la maladie affective bipolaire, la dépression majeure et les troubles de la personnalité.

³ SIME, PACT et SIC désignent tous le suivi intensif dans le milieu. Pour le présent essai, nous utiliserons le terme SIME de façon à éviter toute confusion. SIC représente l'équipe du pavillon Albert-Prévost de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.

externe-CE et suivi intensif dans le milieu en équipe-SIME) sur la consommation d'alcool et de drogues de même que la santé mentale des personnes présentant un trouble de santé mentale sévère et persistant. Un bilan critique de ces divers programme(s) ou alternative (s) nous permettra de rendre compte de leurs impacts positifs et négatifs auprès de la clientèle.

Dans cet essai, nous ferons d'abord état de notre milieu de travail et ses enjeux de même que son objectif. Ensuite, nous présenterons le moyen choisi, soit la recension critique des écrits. Cette recension nous permettra de rendre compte de la prévalence des troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives-SPA chez les personnes ayant un trouble de santé mentale sévère et persistant ainsi que de diverses alternatives de traitements offertes à cette clientèle, dont l'hôpital de jour, les consultations externes et le SIME. L'analyse critique des principaux constats de la littérature sur le sujet nous permettra de formuler nos recommandations et les retombées possibles du présent essai.

2. Objectif de l'essai

2.1 Présentation du contexte de travail et de ses enjeux

Je travaille comme infirmière au pavillon Albert-Prévost de l'Hôpital Sacré-Cœur de Montréal depuis 28 ans. Spécialisé en psychiatrie, le pavillon Albert-Prévost (PAP) offre divers services pour une clientèle infantile, adolescente et adulte tels que la consultation à l'urgence, l'évaluation liaison, l'hospitalisation, l'hôpital de jour, les consultations externes ainsi qu'une équipe de suivi intensif dans la communauté. Au total, 89 lits sont disponibles à l'urgence, aux soins intensifs, à l'unité des courts séjours et à l'unité des adolescents. De plus, 33 places sont disponibles dans les hôpitaux de jour pour adultes et 10 pour les adolescents (PAP, 2013).

Dans le but d'instaurer les meilleures pratiques dans le traitement des troubles concomitants, tel que recommandé par la politique en santé mentale du Ministère de la Santé et des Services sociaux-MSSS (1989; 1998), il a été développé, il y a maintenant treize ans, une équipe de suivi intensif dans la communauté dont je fais partie. Ce

programme vient compléter la gamme de services offerts au pavillon Albert-Prévost. Nous prenons en charge les clients réfractaires à se présenter de façon régulière à l'hôpital de jour ou à la clinique de consultations externes. Nous avons deux psychiatres travaillant à la consultation externe des troubles psychotiques volet Montréal⁴ et qui agissent comme répondants pour notre clientèle. Notre modèle au PAP diffère des programmes de suivi intensifs dans le milieu traditionnel, puisque notre équipe est composée de trois infirmières travaillant exclusivement avec la clientèle ayant un trouble psychotique sévère et persistant et suivie à la consultation externe de Cartierville à Montréal.

Travaillant dans l'équipe de suivi intensif dans la communauté, nous recevons les demandes en provenance de l'urgence, des soins intensifs, de l'unité et de l'hôpital de jour des troubles psychotiques ainsi que de la consultation externe de Cartierville. La clientèle que nous desservons souffre de troubles psychotiques sévères et persistants uniquement. Les critères d'admission sont les retours fréquents à l'urgence liés à une non-adhésion aux traitements, à des difficultés d'adaptation, des problématiques importantes concernant les activités de la quotidienne (AVQ) et les activités de la vie domestique (AVD), à l'isolement et autres.

Une des problématiques observées auprès de notre clientèle présentant un trouble de santé mentale sévère et persistant est la concomitance avec un trouble lié à l'utilisation d'une substance. La littérature scientifique rend également compte de ce constat alors que près de la moitié des personnes ayant un trouble de santé mentale sévère et persistant présenteraient également un problème de consommation d'alcool et/ou de drogues (Buckley, Miller, Douglas et Castle, 2009; Margolese, Malchy, Negrete, Tempier et Gill, 2004; Schwartz, Hilsher et Hayhow, 2007). Les troubles concomitants étant aujourd'hui davantage la norme que l'exception (Adamson, Todd, Sellman, Huruwai et Porter, 2006; Rush, 2004), une problématique persiste quant à la possibilité d'un plus grand risque d'erreur au plan diagnostique, d'incohérence dans les divers traitements de même que des

⁴ Volet Montréal: la clientèle du pavillon Albert-Prévost se divise en deux régions géographiques Laval/Montréal. Notre équipe SIME prend en charge uniquement la clientèle montréalaise. Il y a deux équipes SIME pour la région Laval.

difficultés marquées à maintenir ces personnes en traitement (Beaumont, Charbonneau, Delisle, Landry, Ménard, Paquette et Ross, 2004). Une évaluation minutieuse est donc de mise afin de bien identifier les diagnostics et offrir les traitements les plus appropriés. Selon Adamson et coll. (2006) de même que Rush (2004), le traitement d'un seul des troubles à la fois engendre un cercle vicieux où chacun des troubles maintient ou exacerbe l'autre.

Nous constatons également, chez notre clientèle souffrant de troubles sévères et persistants, un manque de motivation quant au traitement. Ceci entraîne une détérioration significative de l'état clinique du client due à des arrêts de traitement et à la consommation régulière de SPA, (Société canadienne de la schizophrénie, 2006). Nous observons non seulement une augmentation du nombre d'hospitalisations, mais également de la durée et du coût notamment pour la clientèle judiciarisée. La conséquence la plus néfaste pour ces clients est une diminution significative de leur condition de vie due aux problèmes d'hébergement ou à la perte de ressources (problèmes sociaux). Nous sommes également conscients que la consommation de SPA entraîne une diminution de l'efficacité de la médication et une augmentation de la dangerosité une fois intoxiquée (Santé Canada, 2002).

Ainsi, lors de nos réunions d'équipe, nous nous sommes questionnés par rapport à l'efficacité des divers services offerts à la clientèle présentant de façon simultanée une problématique de santé mentale et un trouble lié à l'usage d'une ou plusieurs SPA. En regardant nos statistiques annuelles, nous observons des effets bénéfiques sur la stabilisation de l'état mental et une diminution de la consommation d'alcool et de drogues chez nos clients suivis au SIME. Nous croyons important d'aller voir dans la littérature ce qui est écrit non seulement au sujet de l'impact du programme SIME, mais également l'impact des autres modalités de traitements offerts soit: l'hôpital de jour et les consultations externes, sur la réduction des symptômes au plan de la santé mentale et la toxicomanie chez la clientèle souffrant de troubles sévères et persistants.

Finalement, nous avons constaté une recrudescence du nombre de jeunes adultes (18-35ans) consommateurs sur les unités d'hospitalisation et cela nous amène à réfléchir

sérieusement sur l'approche à préconiser dans le traitement de cette clientèle à la suite de l'hospitalisation. Les différents programmes offerts pour le traitement de la clientèle souffrant de troubles sévères et persistants sont limités dans le réseau public : les hôpitaux de jour, les cliniques de consultations externes et le SIME. Il devient donc nécessaire de rendre compte des impacts de ces diverses modalités de traitements auprès de la clientèle autant sur le plan de la consommation d'alcool et de drogues que de la santé mentale afin de favoriser l'aide à leur apporter.

2.2 Objectif de l'essai

Dresser un bilan critique des diverses alternatives de traitements offertes au Québec (hôpital de jour, service de consultation externe, SIME) chez une clientèle présentant une double problématique liée à l'utilisation d'une substance et d'un trouble de santé mentale sévère et persistant.

3. Méthodologie

3.1 Justification d'un moyen

Afin de répondre à notre objectif, soit de faire un bilan critique des diverses alternatives de traitements offertes au Québec pour une clientèle présentant une double problématique liée à l'utilisation d'une SPA et d'un trouble de santé mentale sévère et persistant, nous avons choisi d'utiliser une recension critique des écrits. Selon Fortin, Côté et Fillion (2006), ce moyen nous permettra de faire un inventaire des études réalisées sur un sujet précis, dans ce cas-ci les alternatives de traitements dont les hôpitaux de jour, les cliniques de consultations externes et le programme SIME. Nous pourrions en dégager les principaux éléments afin d'alimenter notre réflexion et d'approfondir nos connaissances par rapport à ce sujet.

Plusieurs études ont été répertoriées sur ces alternatives de traitements mais aucune ne permettait de les comparer ces trois modalités selon leurs forces et faiblesses auprès de la

clientèle notamment par rapport à leur santé mentale et leur consommation de SPA. Face aux limites de la littérature et des observations faites dans ma pratique professionnelle, la recension des écrits devenait un moyen à privilégier et permettra de dégager les meilleures pratiques d'intervention auprès de la clientèle présentant un trouble de santé mentale sévère et persistant.

3.2 Déroulement des activités

Afin d'obtenir des références pertinentes en lien avec le sujet de cet essai, nous avons effectué des recherches dans les banques de données telles que MEDLINE, EMBASE, ERUDIT, CINAHL, REPÈRE, Pub med et PsycINFO. Nous avons également eu recours au service de la bibliothécaire du pavillon Albert-Prévost pour obtenir davantage d'informations sur le développement des cliniques de consultations externes et des hôpitaux de jour au Québec. En ce qui concerne les écrits portant sur les cliniques de consultations externes et les hôpitaux de jour, ils sont peu nombreux et les textes recensés datent en majorité de 1999 et moins.

Dans les bases de données, les références ont été obtenues en faisant usage de divers mots clés en français et en anglais comme : santé mentale, trouble de santé mentale sévère et persistant, schizophrénie, toxicomanie, abus/dépendance, prévalence, suivi intensif dans le milieu en équipe (SIME), hôpital de jour, consultation externe, traitement et meilleures pratiques. L'utilisation de l'opérateur booléen «et» nous a permis de faire une combinaison des termes ci-haut mentionnés. Ces mots clés nous ont permis de sélectionner plusieurs références datées entre 1962 et 2013. Les textes ne faisant pas référence à la consommation d'alcool et de drogues de même qu'aux alternatives de traitements à l'étude (hôpital de jour, consultation externe et SIME) de même que les textes incomplets ou qui n'étaient pas rédigés en français ou en anglais n'ont pas été retenus. Nous nous sommes principalement intéressés aux textes écrits au Québec, mais il n'y avait pas suffisamment de littérature alors nous avons élargi notre champ de recherche au Canada, aux États-Unis et ailleurs dans le monde. Nous trouvons important, concernant le SIME, de prendre en considération les écrits de Mary Ann Test, pionnière dans l'approche ACT (Assertive Community Traitement), traduite en français par SIME.

Ainsi, un total de 101 références ont été répertoriées dont 11 références concernant les consultations externes, 10 se rapportant aux hôpitaux de jour, 50 concernant le programme SIME, 30 se rapportant à la concomitance des troubles de santé mentale sévères et persistants et de toxicomanie et finalement 10 concernant les meilleures pratiques et les directives gouvernementales. Finalement, nous avons utilisé la méthode boule de neige pour obtenir des écrits complémentaires sur le sujet. Un total de sept articles a été retenu par ce moyen.

Nous avons fait des fiches de lecture selon Bordage (1989). Ce moyen nous a permis de retrouver rapidement les informations de base de chacun des articles c'est-à-dire l'hypothèse et les arguments que soutiennent les auteurs. Ainsi nous avons pu identifier en quoi chacun des articles consultés pouvait servir dans la rédaction du présent essai. De façon plus précise, nous avons analysé et synthétisé les textes recensés afin de les catégoriser selon le sujet. Par la suite, nous avons classé les fiches de lecture selon leur pertinence. Nous avons également fait des remarques critiques et noté les idées contradictoires et les citations pertinentes. Finalement, nous avons élaboré nos propres conclusions et dégagé ce que nous avons tiré de chacun des ouvrages recensés. Enfin, ces fiches de lecture nous ont été d'une aide précieuse dans la planification et la rédaction de l'essai.

4. Recension des écrits

4.1 Concomitance entre la santé mentale et la toxicomanie : prévalence

La littérature scientifique rend compte d'une prévalence élevée de la concomitance entre la santé mentale et les troubles liés à l'utilisation d'une SPA. Au Québec et ailleurs dans le monde, il semble que les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale soient plus susceptibles de consommer des substances illicites (Kairouz et coll., 2008). Bien qu'une évaluation spécialisée soit nécessaire pour poser un diagnostic, il peut s'avérer difficile de différencier les symptômes du trouble de santé mentale de ceux de l'effet d'une substance (voir annexe A). Les premières études épidémiologiques à avoir été faites concernant la prévalence des troubles concomitants l'ont été notamment par

Regier, Farmer, Rae, Locke, Keith, Judd et Goodwin (1990) de même que Kessler, McGonagle, Zhao, Nelson, Hughes, Eshleman, Wittchen et Kendler (1994). Plus récemment, Rush et Koegl (2008) estimaient que 2% des adultes canadiens souffraient d'un trouble concomitant de santé mentale et d'utilisation de substances. Diverses enquêtes (Adlaf, Begin et Sawka, 2005, Santé Canada, 2007; SAMHSA, 2007) ont révélé que 47 à 50% des personnes souffrant d'un trouble psychiatrique sévère avaient déjà eu un trouble relié à l'utilisation d'une substance au cours de leur vie. Le taux de prévalence semble varier selon les drogues consommées. En effet, Margolese et coll. (2004) rapportent que 47,3% des personnes atteintes de schizophrénie vont répondre aux critères d'abus ou de dépendance à l'alcool, 3,9% à la cocaïne et 0,5% aux amphétamines. Dans le même sens, Kaplan et Sadock (2005) indiquaient qu'entre 12 et 30% des personnes atteintes de schizophrénie répondaient aux critères d'abus à la cocaïne dépendamment de la région géographique alors que Regier et coll. (1990) estimaient que 10% auraient fait usage d'hallucinogènes.

Selon des études américaines et canadiennes (Kessler, Berglund, Chiu, Demler, Heeringa, Hiripi, Jin, Pennell, Walters, Zaslavsky et Zheng, 2004; Kessler, et Merikangas, 2004; Regier, Narrow, Rae, Manderscheid, Locke et Goodwin, 1993; Robins, Regier, 1991; Skinner, 2005; Substance Abuse and Mental Health Service Administration-SAMHSA, 2003), les personnes ayant un diagnostic de santé mentale à l'axe I présenteraient deux fois plus de risques que la population générale de développer un problème de consommation d'alcool et un risque quatre fois plus élevé de manifester un trouble relié à l'abus de drogues. Plus précisément, chez les alcooliques, l'incidence à vie de schizophrénie est de 4,5 à 6% et de 7% chez les toxicomanes. Inversement, chez les schizophrènes, la prévalence à vie d'un trouble relié à l'abus d'alcool est de 33% et de 27,5% pour les drogues. Santé Canada (2002) rapporte qu'environ 80% des personnes atteintes de schizophrénie présentent également un trouble lié aux SPA.

De plus, Pellerin (2011) indiquait que, dans les centres de réadaptation en toxicomanie, plus de 50% de la clientèle présenterait un problème de santé mentale, ce taux s'élevant à 74% selon d'autres auteurs (Schütz et Young 2009; Stewart, 2009).

Un pourcentage élevé de personnes ayant recours à des services de traitement en toxicomanie ont également des problèmes concomitants de santé mentale, ce taux s'élève à 75% ou plus selon les auteurs (Rush, Zaslavska et Veldhuizen 2005; Rush et Nadeau 2011). Inversement, Rush, Zaslavska et Veldhuizen (2005) rapportaient que 15 % à 45 % des personnes traitées dans les services de santé mentale ont des problèmes concomitants de toxicomanie tandis que Rush et Nadeau (2011) présentaient un taux plus faible, soit de 15% à 20%.

Diverses études ont rendu compte de l'impact de la consommation de cannabis sur le développement et le maintien des problèmes de santé mentale. Dans les années 1980, Andreasson, Allebeck, Engström et Rydberg (1987) indiquaient, à la suite d'une étude réalisée auprès de 50 000 conscrits suédois, qu'une consommation de cannabis égale ou supérieure à 50 fois par année sur une période de cinq ans entraînait une prévalence de 6 à 6,7% de cas de schizophrénie. La consommation de cannabis intervient majoritairement dans la phase prodromique⁵ de la maladie. Ben Amar (2004) rapporte en se basant sur cette dernière étude que le risque de développer une schizophrénie est de 2,4 fois supérieure pour les consommateurs. Kaplan et Sadock (2005) nous révèlent que l'incidence de développer une psychose est 10 fois supérieure chez les grands consommateurs de cannabis ayant une histoire familiale de schizophrénie.

De plus, Kaplan et Sadock (2005) rapportent que l'incidence d'une psychose toxique induite par l'utilisation d'ecstasy est de moins de 1% à 5%. La prévalence est plus grande chez les consommateurs qui ont une vulnérabilité au développement d'une psychose. Ils mentionnent également qu'une consommation prolongée et en plus grande quantité, augmentent les risques de développer une psychose persistante. Il n'y aurait cependant pas de chiffres connus pour les gens prédisposés génétiquement à une maladie psychiatrique qui développent une psychose chronique.

Les résultats précédents rendent compte de la concomitance fréquente entre les troubles de santé mentale sévères et persistants de même que les troubles liés à l'utilisation d'une

⁵ Phase prodromique signifie le début de la maladie.

substance. Il nous apparaît important de se questionner sur les diverses alternatives de traitement offertes à cette clientèle de même que de leur efficacité.

4.2 Les alternatives de traitements offertes au Québec pour la clientèle présentant un trouble de santé mentale sévère et persistant

Au Québec, diverses alternatives de traitements sont offertes à la clientèle présentant un trouble de santé mentale sévère et persistant. Parmi celles-ci, nous retrouvons les modalités de traitement dites traditionnelles comme l'hospitalisation de jour de même que les consultations externes ainsi que le programme de suivi intensif dans le milieu en équipe (SIME) qui s'offre presque exclusivement dans la communauté. La présente section fera état de ces diverses modalités de traitements, de leurs caractéristiques de même que de leurs forces et faiblesses.

4.2.1 Hôpital de jour

Le Dr Donald Ewen Cameron a été l'un des pionniers dans la recherche d'alternatives à l'hospitalisation en Amérique du Nord, en ouvrant le premier hôpital de jour en 1946, au Allan Memorial de Montréal (Lecompte, 2005). Selon l'Association des hôpitaux du Québec (2000), il a été observé une croissance rapide du nombre d'hôpitaux de jour puisqu'en 1995, on en comptait seulement huit et en 1999 il y en avait 28. Aucune information n'est disponible sur le nombre actuel d'hôpitaux de jour au Québec. Selon Lecompte (2005), Poirier, Ritzhaupt, Larose et Chartrand (1998) de même que, Rodriguez del Barrio (2011), le virage ambulatoire prôné par les politiques gouvernementales a forcé les dirigeants des différents hôpitaux à revoir à la baisse la structure hospitalière au bénéfice de développement de services ambulatoires.

Selon Lecompte (2005), l'hôpital de jour se définit comme :

«un service qui offre à l'externe un programme regroupant des activités d'évaluation, de diagnostic, de traitement et de suivi, principalement pour les personnes aux prises avec de problèmes de santé mentale graves et persistants». (p. 10).

Cette alternative de traitement est conçue pour accueillir, à la suite d'une hospitalisation, des personnes ayant un trouble de santé mentale grave et persistant, sur une base ambulatoire de cinq jours par semaine, sur une période variant de cinq à 14 semaines. Dès qu'une demande est acheminée, une évaluation est faite, ceci permettant de préciser le diagnostic, le traitement et le suivi. Les buts recherchés sont d'offrir à cette clientèle une alternative à l'hospitalisation, faire une transition entre le séjour hospitalier et le retour dans la communauté et d'offrir une alternative aux traitements dans la communauté, par exemple le service de consultation externe ou le SIME. La référence de la clientèle provient principalement des unités d'hospitalisation (37%), de la clinique de consultations externes (26 %) ou de l'urgence (30 %) (Lecompte, 2005).

Le traitement est offert et les plans de soins individualisés (PSI) sont faits en concertation par l'équipe multidisciplinaire (Lecompte, 2005). Ce service est constitué de psychiatre(s), d'ergothérapeute(s), d'infirmières, de nutritionniste, de pharmacien(ne) et de technicien en loisir (Morel et Surprenant, 2005). Cette modalité de traitement privilégie l'approche cognitive-comportementale (TCC) et offre des activités psychoéducatives telles que : la gestion du stress, les troubles métaboliques, l'action nutrition, le conditionnement physique (YMCA) ou autres, etc. Ce type d'enseignement vise non seulement l'autonomie concernant les problèmes de santé physique et mentale par la restauration d'un fonctionnement social satisfaisant, mais également la réinsertion, l'intégration et le maintien dans la communauté (Lecompte, 2005).

À l'hôpital de jour, différents thèmes sont utilisés à travers les groupes⁶ (Morel et Surprenant, 2005). Il est alors enseigné à la clientèle l'ampleur des déficits cognitifs inhérents à la maladie et des stratégies pour ralentir le processus. Les groupes privilégient la collaboration avec différents services tels que l'ergothérapie, la nutrition clinique et les loisirs. La participation aux groupes améliore les relations interpersonnelles par une meilleure communication et l'affirmation de soi. Ces derniers aspects favorisent l'interaction entre les participants, permettant des influences mutuelles, le partage d'un but commun, l'interdépendance, l'engagement, la normalisation et la mise en place d'un

⁶ Voir l'annexe B pour de plus amples explications quant à ces groupes.

filet de sécurité prévenant la détérioration de l'état de santé (Morel et Surprenant, 2005). Les groupes sont variés (ouvert, semi-ouvert, homogène, structuré et non structuré). Les groupes ouverts sont de type intégratif et sans restriction par rapport au nombre de participants. Les groupes semi-ouverts sont conçus pour accueillir les nouveaux clients admis, remplaçant ainsi les clients ayant terminé le groupe. En ce qui concerne les groupes homogènes, la clientèle est sélectionnée selon différents critères tels que le problème présenté, le diagnostic et l'âge. Les groupes homogènes facilitent l'enseignement, privilégient un climat affectif intense et favorisent l'effet miroir (Morel et Surprenant, 2005). Les groupes structurés aident les participants qui sont moins actifs dans le groupe, les amenant à s'investir face à un sujet précis avant, pendant et après le groupe. Les groupes non structurés facilitent les interventions et réactions vivement sollicitées et aident les participants très actifs à s'impliquer (Boivert, 2005).

Lecompte (2005) mentionne six critères d'admissibilité pour intégrer l'hôpital de jour. Parmi ces critères notons: 1- être atteint d'un trouble de santé mentale grave et persistant; 2- avoir un lieu de résidence stable et pouvoir satisfaire ses besoins; 3- être fonctionnel en groupe thérapeutique; 4- être consentant et motivé; 5- avoir des capacités cognitives (capacité d'attention, de concentration) et 6- ne pas être agressif, suicidaire ou dépendant à l'alcool ou aux drogues. Élément intéressant à relever selon Lecompte (2005), sans l'existence de l'hôpital de jour, cette clientèle aurait eu recours à une hospitalisation.

Cette modalité thérapeutique offre plusieurs groupes ayant pour but le rétablissement de la clientèle souffrant de trouble de santé mentale sévère et persistant. Il nous apparaît important de faire état des forces et des limites de cette alternative de traitement.

4.2.2 Forces et limites

L'hôpital de jour est indiqué pour la clientèle ayant suffisamment progressé au cours de l'hospitalisation, mais qui est encore trop fragile sur le plan psychologique pour obtenir un congé définitif. Les aspects positifs d'un traitement à l'hôpital de jour sont nombreux puisqu'il devient une alternative intéressante à un séjour hospitalier permettant un traitement intensif tout en étant moins stigmatisant et plus flexible pour la clientèle

qu'une hospitalisation traditionnelle (Boivert, Raymond et Cossette, 2005; Larivière, Desrosiers, Tousignant et Boyer, 2011; Lecompte, 2005). Cette alternative de traitement permet aux clients de recevoir un service thérapeutique le jour et de retourner chez eux le soir et les fins de semaine. Le traitement respecte le rythme des clients dans la réappropriation de leurs capacités et de leur pouvoir d'agir sur leurs symptômes, rehaussant ainsi leur estime de soi. Horvitz-Lennon, Normand, Gaccionne et Frank (2001) expliquent que, malgré la faiblesse de leur enquête due à la généralisation des résultats, le principal constat est que les clients et les familles sont plus satisfaits d'un séjour à l'hôpital de jour qu'un traitement hospitalier. L'expérience des groupes permet le soutien par les pairs et une forme de censure des participants quant aux comportements inappropriés (Morel et Surprenant, 2005). La participation aux groupes et aux activités psychoéducatives, sportives et récréatives permet aux clients de briser l'isolement et de devenir des acteurs clés de leur rétablissement (Lecompte, 2005). Selon Boivert (2005),

«les clients, même les plus désorganisés, arrivent à l'heure, s'absentent rarement sans raison et nous critiquent ouvertement si nous voulons diminuer les services en annulant un groupe par exemple. Ils nous donnent des conseils, font des suggestions, s'entraident et se tolèrent de façon surprenante». (p. 92).

Larivière et coll. (2011) rapportent que les hôpitaux de jour répondent bien au concept de rétablissement en aidant la clientèle suivie à atténuer non seulement les symptômes, mais également la détresse psychologique, développer des habiletés sociales et stimuler le désir de s'engager dans des activités (travail, loisirs, etc.). Marshall et coll. (2001) estiment qu'un traitement à l'hôpital de jour est supérieur qu'un traitement en consultation externe concernant l'amélioration des symptômes psychotiques (positifs et négatifs de la schizophrénie) présentés par les clients. De plus, les intervenants des hôpitaux de jour portent un intérêt soutenu aux familles des clients soignés. Des rencontres réseau sont organisées afin de mieux comprendre la dynamique familiale, le fonctionnement avant et après l'hospitalisation, leurs besoins, leurs craintes et leurs attentes.

Malgré ces points positifs, diverses faiblesses sont constatées pour cette alternative de traitement (Lecompte, 2005). Parmi celles-ci, notons l'impossibilité pour le client de réintégrer le marché du travail ou l'école pendant la durée du traitement. De plus, les intervenants ont peu de pouvoir quant à la présence ou à l'absence de la clientèle. Le client vivant dans un milieu dysfonctionnel doit continuer d'y vivre même si en réalité ce client avait besoin d'un répit. Il peut être difficile pour un client de concentrer son énergie à son rétablissement parce qu'il doit continuer de vaquer à ses tâches habituelles. Un autre élément important à ne pas négliger est le risque d'épuisement chez les aidants naturels (Lecompte, 2005). Il est également difficile de connaître l'impact de l'hôpital de jour sur les symptômes d'abus et de dépendance aux SPA puisque les personnes ayant un trouble lié à l'utilisation d'une substance étaient exclues des études sur l'hôpital de jour (Marshall, Crowther, Almaraz-Serrano, Creed, Iuge Kluiter, Roberts, Colline, Wiersma, Bond, Huxley et Tyrer, 2003; Marshall, Crowther, Amaraz-Serrano et Tyrer, 2001; Priebe, Jones, McCabe, Briscoe, Wright, Slead et Beecham, 2006).

Larivière et coll. (2011) ont démontré que la majorité des clients traités à l'hôpital de jour se sont améliorés de façon significative quant à la gravité des symptômes, l'estime de soi, l'accomplissement et la participation citoyenne. Il semble que les résultats soient moins concluants pour la clientèle présentant un trouble psychotique. Par contre, tous les clients reconnaissaient être satisfaits des services reçus concernant le professionnalisme du personnel, l'accessibilité aux services, les interventions offertes et l'efficacité de celles-ci.

Marshall et coll. (2003) de même que Priebe et coll. (2006) affirment que les patients traités à l'hôpital de jour ont démontré davantage d'améliorations sur le plan de la psychopathologie et une plus grande satisfaction face au traitement à la fin de leur séjour que les patients en hospitalisation conventionnelle. Cependant, l'amélioration sur le plan de la psychopathologie n'aurait pas persisté plus de trois mois après leur sortie (Priebe et coll., 2006). En examinant les résultats de neuf essais concernant 1568 individus répondant aux critères d'inclusion de l'hôpital de jour en comparaison avec des groupes contrôles d'hospitalisation traditionnelle, il est observé que les clients traités à l'hôpital de jour présentaient une amélioration plus rapide de la stabilisation mentale, mais pas du

fonctionnement social. De plus, il semble que peu importe la modalité de traitement, cela n'aurait pas eu d'incidence sur le nombre de réadmissions après traitement. Bien qu'une hospitalisation est très coûteuse et qu'un bon nombre de patients pourraient alors bénéficier d'un traitement à moindre coût comme l'hôpital de jour (Marshall et coll., 2003), Priebe et coll. (2006) indiquent que l'hôpital de jour est également dispendieux puisque la clientèle consulte également des ressources communautaires extérieures durant leur traitement.

Quoi qu'il en soit, selon Larivière et coll. (2011), les hôpitaux de jour répondraient bien sur le plan clinique, aux directives ministérielles du plan d'action du MSSS (2005). Toutefois, plusieurs patients rapportent que la transition vers les services de consultations externes n'est pas sans embûche. La prochaine section rendra compte d'une description des services de même que des forces et limites des consultations externes.

4.2.3 Clinique de consultations externes

Selon Lecompte et Lesage (1999), les cliniques de consultation externe représentaient dans les années 1960-1970, le pivot de la transformation du système de soins en santé mentale. Ces cliniques représentaient l'outil préconisé pour faire le passage entre les systèmes asilaires et la psychiatrie communautaire.

Selon Lecompte et Lesage (1999), les consultations externes de psychiatrie ont vu le jour après le rapport Bédard de 1962⁷, (Bédard, Lazure et Roberts, 1962) lorsque la dispensation des soins a été décentrée des hôpitaux psychiatriques vers les hôpitaux généraux. Ces derniers ont ouvert des cliniques externes, aujourd'hui affiliées à plusieurs centres hospitaliers, offrant des services de deuxième ligne spécialisés et ultra spécialisés (Perreault, Tempier, Tardif, Bernier, Pawliuk, Garceau et Lusignan, 1999). Selon Luyet, Giroux et Clerc (1999), pour assurer le suivi de la clientèle, nous avons assisté à la formation et à la consolidation de nombreuses équipes multidisciplinaires dans les consultations externes existantes. En 1999, on comptait 164 cliniques de consultations

⁷ Le rapport Bédard de 1962 est une Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques qui recommandait entre autres la désinstitutionnalisation des personnes ayant un trouble de santé mentale.

externes localisées dans 71 centres hospitaliers généraux et psychiatriques au Québec. À ce jour, nous n'avons pas trouvé de données concernant le nombre actuel de cliniques de consultations externes au Québec. Le budget des consultations externes représentait à la fin des années 1990 5% du budget total pour les soins en santé mentale (Lecompte et Lesage, 1999). La multiplication des ressources externes avaient pour but non seulement de réduire de 50 % le nombre de lits et la durée des séjours hospitaliers, mais également de permettre d'augmenter le budget alloué aux soins donnés en externe (Luyet et coll., 1999). Lecompte et Lesage (1999) ont estimé que les clients se présentaient en moyenne 10 fois par an à la clinique de consultation externe. Entre les années 1993-1994 et 1998-1999, une augmentation de 16% du nombre de visites a été constatée. Le suivi de la clientèle assumé par les consultations externes au Québec est adapté selon leurs besoins spécifiques (programme clientèle). Lecompte et Lesage (1999) indiquent également qu'un peu moins de la moitié de cette clientèle souffre de troubles psychotiques potentiellement graves.

À la lumière de l'investigation faite par Lecompte et Lesage (1999) de même que Luyet et coll. (1999), il semble que le service de consultations externes a assumé un rôle de pivot dans les services en santé mentale, et ce depuis le rapport Bédard en 1962. Ce rôle ne se limite pas seulement à dispenser des services professionnels, mais également à assurer la coordination et la continuité des autres services offerts à la clientèle souffrant de troubles mentaux sévères et persistants vivant dans la communauté.

Lecompte et Lesage (1999) rapportent que le suivi en consultation externe vise non seulement la consolidation des acquis, mais offrent également un rôle de soutien dans la continuité du travail amorcé lors d'une hospitalisation conventionnelle ou d'une hospitalisation à l'hôpital de jour. Les soins offerts en consultation externe sont donc la suite logique du traitement offert à cette clientèle. Lecompte et Lesage (1999) rapportent également les travaux de Thornicroft et Tansella (1999) concernant les neuf principes et neuf valeurs qui devraient sous-tendre de tels services publics (consultations externes) afin d'offrir un service de qualité à la clientèle (annexe C).

Dans les cliniques externes, chaque intervenant est le gestionnaire de cas de certains clients et le travail se fait en équipes multidisciplinaires. Les plans d'interventions sont élaborés en fonction de la problématique mis en évidence par un seul professionnel ou en équipe multidisciplinaire (Lecompte et Lesage, 1999). Différents titres professionnels se retrouvent en consultations tels que : psychiatres, infirmières, travailleurs sociaux, ergothérapeutes, psychologues, etc. L'approche Integrated Psychological Treatment⁸ (IPT) est préconisée en consultation externe. Le travail et l'enseignement tiennent compte de cette approche. Malheureusement, force est de constater que ce n'est pas une pratique uniformisée dans tous les services de consultations externes au Québec (Briand, Reinharz, Lesage, Nicole, Stip, Lalonde, Villeneuve et Planet-Sultan, 2010). Les consultations externes de psychiatrie offrent des services d'évaluation, de traitement et de suivi à court, moyen et long terme (dans certains cas), et ce, sur une base ambulatoire (Luyet et coll., 1999). Une demande de consultation du médecin de famille ou d'un médecin spécialiste doit préalablement être acheminée en consultations externes pour assurer la prise en charge du client. Les services comportent de la psychothérapie individuelle et de groupe (Lecompte et Leclerc, 2004), un suivi pour la médication clozaril et des troubles métaboliques (Boudreau, Desjardins et Massé, 2012). On y offre également un suivi thérapeutique individuel pour les clients souffrant de trouble délirant.

Le fonctionnement concernant les groupes offerts diffère des autres alternatives de traitement quant aux nombres, à la durée et le nombre de participants. Les consultations externes offrent également des groupes relance une fois par mois pour permettre aux clients de conserver leurs acquis. Il est à prendre en considération que la clientèle présente des déficits cognitifs importants et que la répétition de l'information est un atout pour leur permettre de conserver leur acquis. Dans cette optique, certains groupes offrent

⁸ L'approche Integrated Psychological Treatment (IPT), a été développée en Suisse par Brenner et ses collaborateurs (1992) pour les personnes souffrant de schizophrénie. Ce programme se base non seulement sur le modèle vulnérabilité-stress mais également sur le lien d'interdépendance entre les dysfonctions cognitives et sociales. Elle permet la combinaison des nouvelles de gestion des déficits neurocognitifs et les approches classiques de développement des habiletés sociales. Cette approche est destinée aux personnes souffrant de schizophrénie.

sensiblement le même contenu que ceux offerts à HDJ ou sur les unités de soins, mais sont présentés de manière différente. Certains groupes sont spécifiques aux consultations externes tels que : les groupes des hallucinations auditives (HA) ou des entendeurs de voix (Therien, 2012), les groupes de restructuration cognitive IPT, selon six modules (Briand, Reinharz, Lesage, Nicole, Stip, Lalonde, Villeneuve et Planet-Sultan, 2010) (voir en annexe D) et les groupes de gestion du stress.

Les différents professionnels travaillant en consultation externe ont une préoccupation quant aux familles et au milieu de vie de leur clientèle. Pour répondre aux besoins des familles, certaines cliniques de consultations externes offrent des groupes de support ou réfèrent à des organismes communautaires. Au Québec, plus particulièrement, il existe l'association des proches de personnes atteintes de maladie mentale (APPAMM), une ressource communautaire visant à soutenir et informer les proches des personnes atteintes de maladie mentale de même qu'à informer et sensibiliser la population générale sur cette problématique (APPAMM, 2013).

Les cliniques de consultation externe semblent donc agir en continuité avec les hôpitaux de jour pour la clientèle présentant un trouble de santé mentale sévère et persistant. La prochaine section fera donc état des forces et limites des consultations externes.

4.2.4 Forces et limites

Selon Lecompte et Lesage (1999), les services de consultations externes sont les grands oubliés du système de santé depuis l'adoption de la première politique concernant la santé mentale en 1989. C'est par la mise sur pied des services de consultations externes que l'on a pu décentraliser les soins offerts à la clientèle de santé mentale et donner l'aval au virage ambulatoire. Les consultations externes ont assumé et assument encore le rôle de pivot du service de santé mentale (Lecompte et Lesage, 1999; Luyet et coll., 1999). Les consultations externes représentent l'alternative de traitement accueillant le plus grand nombre de patients à travers tout le système de soins au Québec (Lecompte et Lesage, 1999). Elles offrent des services professionnels, assurent la coordination et la continuité des autres services afin de répondre aux besoins de la clientèle souffrant de

troubles mentaux graves vivant dans la communauté. Au fil des années, il s'est développé en consultation externe un savoir-faire par la formation des intervenants à différentes approches permettant ainsi à un grand nombre de personnes d'avoir un suivi tout en vivant à l'extérieur de l'institution. Malgré cela, Luyet et coll. (1999) considèrent que les intervenants travaillant en consultations externes doivent constamment remettre en question leur manière de faire par la formation continue afin de mieux répondre à la clientèle en traitement.

Selon Luyet et coll. (1999), certaines lacunes sont ressorties lors d'une analyse plus critique du fonctionnement des consultations externes. Ils ont noté une pratique d'intervention compartimentée ne tenant pas compte de l'environnement des clients et n'assurant pas la continuité et la liaison avec les autres intervenants concernant l'orientation du traitement et le délai de réponse aux requêtes de prise en charge. Cette pratique amène une accumulation de dossiers ayant pour conséquence des retards dans les évaluations psychiatriques référées par la première ligne. De plus, concernant la réadaptation, les composantes du plan de services sont fragmentées et mal organisées. Les rôles des services de consultations externes et les rôles des intervenants sont mal définis, créant une certaine confusion.

Perreault et coll. (1999) se sont, quant à eux, intéressés à la satisfaction de la clientèle suivie à Montréal dans les services de consultations externes de psychiatrie en regroupant les résultats de quatre enquêtes majeures. Les résultats rapportés dans cette étude nous informent que les clients ont un taux élevé de satisfaction concernant l'intervention clinique et les intervenants. Les points relevés concernaient l'intérêt par rapport à leur situation, la compréhension de leurs difficultés et le développement d'une alliance thérapeutique avec leur intervenant. L'étude a démontré que la source première d'insatisfaction concernait les explications sur les services à proprement dit.

Les intervenants ont développé avec le temps une forme de partenariat avec les ressources communautaires en référant leur clientèle à des organismes pour du soutien, de l'occupationnel, de la recherche d'emploi, etc. Ils ont également tissé un lien avec les organismes d'aide et de soutien pour les familles.

Les consultations externes auront toujours l'obligation de répondre en priorité aux personnes souffrant de troubles mentaux graves. Nous croyons important de mettre en évidence le peu d'études récentes relatives à l'efficacité et l'efficience des services de consultations externes au Québec ou ailleurs. Nous observons le même constat quant à la satisfaction de la clientèle ayant recours à ce service. Nous n'avons pas trouvé d'informations sur les impacts de cette alternative de traitement sur la santé mentale et la toxicomanie de la clientèle. Par contre, comme mentionné dans la section précédente, le traitement à l'hôpital de jour est supérieur au traitement reçu en clinique de consultations externes quant à l'amélioration des symptômes positifs et négatifs de la schizophrénie (Marshall et coll., 2001). Les consultations externes représentent certes une part importante de l'ensemble du dispositif de services de santé mentale, mais elles demeurent tout de même un sous-système de cet ensemble.

Dans l'organisation des soins au Québec, une autre modalité de traitement a vu le jour en 1997, soit le SIME. La prochaine section rendra compte d'une description des services, de même que des forces et limites du SIME.

4.2.5 Programme SIME

Le programme SIME est issu de la réflexion et de la collaboration de Marx Arnold, MD, Léonard Stein et Mary Ann Test à la fin des années 1960, à la suite du constat que les clients présentant un trouble concomitant étaient hospitalisés à répétition après avoir reçu leur congé de l'hôpital, et ce, malgré les efforts mis par les intervenants dans la préparation du congé. Le programme a donc vu le jour au début des années 1970 (Bond, 2002). Le programme SIME, à l'origine, a été développé pour combler et répondre aux véritables besoins de la clientèle ayant une problématique de santé mentale grave et persistante. Les bases du modèle correspondent aux éléments suivants : les soins donnés aux clients le sont principalement dans la communauté, les traitements et les services offerts doivent être complets, globaux, souples, hautement individualisés, organisés et fournis, de sorte que le client est rejoint dans toutes les sphères de sa vie quand il en a besoin (Bordes, 2010; Gélinas, 1998; Test, 1998).

connaître les personnes et leur fournir le niveau de services nécessaire à leurs besoins. En ayant un faible taux d'admission, les clients sont assurés d'obtenir des services de haute qualité et personnalisés. Les utilisateurs de services ont des besoins très exigeants et pour satisfaire à ces exigences, les équipes SIME sont disponibles 24 heures par jour, 365 jours par semaine. En fournissant un soutien 24 heures si nécessaire, il devient donc possible d'empêcher les problèmes de se transformer en crises tant au niveau de la détérioration de l'état clinique du client qu'au niveau du risque d'expulsion du logement ou du risque d'arrestation. Le programme SIME n'est pas limité dans le temps, permettant ainsi d'assurer la continuité des services sur une longue période (ACTA, 2013; Descombes, 2010; Gélinas, 1998; NAMI, 2013; Rodriguez del Barrio, 2011; Test, 1998).

Les équipes SIME sont généralement composées de 10 à 12 intervenants issus de différentes professions : psychiatre, infirmières cliniciennes, travailleurs sociaux, psychoéducateurs, ergothérapeute, spécialiste en toxicomanie, spécialiste socioprofessionnel et un pair aidant (Descombes, 2010; Gélinas, 1998; Test, 1998). Tous les membres d'une équipe ont des tâches qui leur sont propres en rapport avec leur champ de pratique spécialisée et des tâches communes. Il est essentiel que le ratio intervenant/clients soit faible (maximum 10 clients par intervenant) afin d'offrir un service complet, (Thomson et coll., 2002; Test, 1998). Les rôles au sein d'une équipe SIME sont interchangeables de sorte que le client n'est jamais déstabilisé en l'absence d'un membre de l'équipe. Les plans de traitement se font en collaboration avec les clients en se basant sur leurs forces, leurs besoins individuels, leurs espoirs et leurs désirs de changer quelque chose dans leur quotidien. Ces plans sont réévalués tous les trois mois et les objectifs sont modifiés si nécessaire. Les services offerts doivent être envisagés à long terme en raison des déficits graves sur les plans cognitif, fonctionnel et relationnel associés à cette clientèle. Il est à noter que le processus de récupération pour cette clientèle peut prendre plusieurs années (Drake, Mercer-McFadden, Mueser, McHugo et Bond, 1998; Mueser, Noordsy, Drake et Fox, 2003).

Les différentes recherches consultées (Bond, 2002; Gélinas, 1998; Kent et Burn, 2005; National Alliance on Mental Illness-NAMI, 2013; Test, 1998) indiquent que les

interventions préconisées par les équipes SIME doivent être diversifiées. Les intervenants d'une équipe utilisent une approche de réadaptation permettant aux clients de développer des compétences dans les activités de la vie quotidienne telles que l'épicerie et la cuisine, l'achat et l'entretien des vêtements, l'aide sociale, l'utilisation des transports en commun, la gestion des coupons alimentaires, l'amélioration des compétences des clients pour le ménage, la gestion financière, le budget, le paiement des factures et les problèmes financiers (Gélinas, 1998). Ils aident les clients dans l'acquisition de certaines habiletés de façon à accroître leur autonomie comme la recherche de logement adéquat, la signature de bail, le paiement de loyer, l'établissement des relations avec les propriétaires et l'achat d'articles ménagers. Ils préviennent les rechutes en exerçant une surveillance des signes de décompensation (réapparition des symptômes), en faisant de l'enseignement sur les problèmes de santé et les troubles métaboliques, en distribuant et en supervisant la prise de médication et en faisant de l'enseignement sur les effets secondaires de la médication (Gélinas, 1998; Test, 1998; Thomson, Gélinas et Ricard, 2002). Ils accompagnent et font la liaison avec l'omnipraticien responsable du dossier du patient. Ils font également de la prévention en regard de la sexualité. Ils agissent comme coordonnateur afin de permettre aux clients d'avoir accès aux différents organismes publics et gouvernementaux, la recherche d'emploi, la formation professionnelle si possible, assurer la liaison avec les employeurs, les services d'emplois et de droits, aider à la recherche de documentation et accompagner les clients dans les bureaux d'admissibilité à l'aide sociale. Ils agissent également comme soutien aux familles, aux proches et à la communauté. Ils travaillent avec les clients et leurs proches les relations familiales, la gestion de crise et la participation de la famille dans le processus permettant ainsi un partenariat favorisant une meilleure collaboration dans le traitement. Ils utilisent la thérapie de soutien, les conseils et une approche psychoéducative autant avec la famille que la famille élargie, (Bonsack, Schaffter, Sinhy, Charbon, Eggimann et Guez, 2006). Les intervenants se servent de l'approche motivationnelle pour évaluer le désir de changement de la clientèle surtout au niveau de l'alcoolisme et de la toxicomanie. Dans le cas où le client ne manifeste pas le désir de changer ses habitudes de consommation, les principes de l'approche de réduction des méfaits sont appliqués (Landry et Lecavalier, 2003).

Les services sont offerts sur une base de 24 heures, sept jours par semaine pour une durée indéterminée. La nuit, le service est assuré via un téléavertisseur (Descombes, 2010; Gélinas 1998; Latimer, 1999; Test 1998, Thomson et coll., 2002).

Même avec l'appui qu'une équipe peut fournir, les personnes peuvent être contraintes parfois d'être hospitalisées. Lorsqu'une hospitalisation est nécessaire, l'équipe travaille en étroite collaboration avec le personnel de l'hôpital pour s'assurer qu'ils connaissent bien les éléments déclencheurs de la crise actuelle du client. L'équipe s'assure que le logement du client soit payé, de sorte qu'il ait toujours son logement au moment du congé. Bref, le programme SIME tente de répondre à divers besoins de la clientèle sur les plans psychiatrique (gestion de la médication et des symptômes), de réadaptation, de gestion des dossiers, de traitement de la toxicomanie, d'aide à l'emploi, de coordination des soins médicaux et d'apporter de l'aide dans la gestion financière en travaillant avec les clients (Descombes, 2010; Gélinas, 1998; Test, 1998).

À la lumière de la revue de littérature concernant le SIME, nous allons maintenant faire ressortir les forces et les limites de cette alternative de traitement.

4.2.6 Forces et limites

La littérature a rendu compte de l'efficacité du modèle SIME notamment avec l'annexe 2 du MSSS (1997) qui fait état des différentes recherches effectuées à Edmonton, aux États-Unis et ailleurs dans le monde. Selon Latimer (1999), avec la présence des SIME, une économie substantielle des fonds publics a été observée en raison de la réduction du nombre de lits dans les hôpitaux. Ce programme est considéré comme étant l'une des meilleures pratiques dans le traitement des troubles de santé mentale sévères et persistants puisqu'il offre une gamme de services complets dans le milieu de vie des personnes souffrant de troubles mentaux graves et persistants (MSSS, 2005; Mueser, 2001, Mueser, Sengupta, Schooler, Bellack, Xie, Glick et Keith, 2003; Santé Canada, 2002). Il est d'ailleurs le premier programme à avoir été mis sur pied et depuis plusieurs études ont démontré son efficacité. Le modèle SIME a largement été développé aux États-Unis, en France, au Royaume-Uni, en Australie et au Canada sous différents noms :

PACT (Program Assertive Community Treatment) ou ACT (Assertive Community Treatment), SIME (suivi intensif dans le milieu en équipe), suivi mobile, SIC (Suivi intensif dans la communauté), CSP (Community Services Program) ou FACT (Florida Assertive Community Treatment).

Le SIME permet également une amélioration du fonctionnement social des clients tant au niveau des rôles que de l'emploi, leurs capacités dans les AVQ (activité de la quotidienne) et AVD (activité de la vie domestique) afin de leur permettre de vivre de façon autonome dans la communauté et d'alléger le fardeau des familles agissant à titre d'aidants naturels.

Mueser (2003) rapporte que sans le programme SIME, plusieurs clients n'auraient pas adhéré à un traitement intégré en santé mentale et toxicomanie. Il explique également que cette approche permet aux clients de vivre des réussites sur une base régulière et ainsi, favorise le développement d'une relation thérapeutique. En ayant un faible taux d'admission, les clients sont assurés d'obtenir des services de haute qualité et personnalisés. Cette option de traitement se révèle être une alternative intéressante aux hospitalisations longues et coûteuses. Selon Stein et Test (1980), lorsque les clients sont pris en charge par une équipe SIME, le recours à l'hospitalisation diminue de façon significative.

Le programme SIME permet, par l'entremise d'une équipe interdisciplinaire, de développer des interventions spécialisées pour la clientèle souffrant de troubles sévères et persistants concernant l'usage d'alcool et de drogues de même que la gravité des troubles de santé mentale. Drake, Noordsy et Ackerson (1995) ont démontré qu'il était possible pour les clients suivis par une équipe SIME de réduire graduellement l'abus d'alcool et de drogues. Dixon, Krauss, Kernan, Lehman et De Forge (1995) rapportent qu'avec les interventions et l'approche SIME, il est possible de persuader une personne itinérante souffrant de maladie mentale d'intégrer et de conserver un logement. L'équipe SIME tient compte du fait que le processus de rétablissement se fait sur une très longue période et que les changements se font en fonction du rythme du client (Drake, et coll., 1998; Mueser, Noordsy, Drake et Fox, 2003).

Le programme SIME offre des interventions individualisées, centrées sur la personne, en considérant ses besoins dans toutes les sphères de sa vie. De plus, les interventions sont proactives, flexibles, souples, continues et porteuses d'espoir. Autrement dit, cette approche de traitement permet aux personnes atteintes de troubles sévères et persistants de s'actualiser quant à la réadaptation et l'intégration sociale (Gélinas, 1998). En ayant une coordination minutieuse, lorsqu'un client est hospitalisé, la durée de son hospitalisation peut en être réduite. Dans certains cas, le SIME apporte une réponse excessive aux besoins du client lorsqu'il y a impossibilité de référer un client à une instance moins intensive comme le suivi d'intensité variable.

Il est important pour les équipes SIME de prendre en considération les effets délétères de la consommation et de tenir compte du risque élevé de rechute sur le plan de la santé mentale. Le plan d'intervention est donc fait en collaboration avec le client, de sorte qu'il est considéré au sein de l'équipe comme l'expert capable de jouer un rôle essentiel dans la gestion de sa maladie. En étant impliqué dans l'établissement de ses objectifs et le choix des modalités de traitement, le client obtient un niveau de satisfaction plus élevé. Ainsi, le plan d'intervention conjoint mène le client à une meilleure adhésion aux traitements puisqu'il comprend mieux la maladie, les impacts de celle-ci de même que les conséquences de la toxicomanie sur sa vie (Mueser, 2003).

Le programme SIME prend également en considération l'opinion des familles et le rôle essentiel qu'elles jouent dans le quotidien et la diminution des conséquences négatives de la maladie des clients. Les intervenants des équipes travaillent en collaboration avec les familles, en tenant compte du stress qu'elles vivent et leur apportent le soutien nécessaire pour maintenir leur implication auprès des leurs (Horsfall, Cleary, Hunt et Walter, 2009; Huguelet, Koellner, Boulguy, Nagalingum, Amani, Borrás et Perroud, 2011).

Peu de points négatifs ont été répertoriés dans la littérature quant au programme SIME. Seule une étude (Bond, 2002), effectuée au Royaume-Uni, a démontré que le suivi SIME n'était pas plus avantageux qu'un suivi traditionnel pour cette clientèle. Toutefois, cette même étude considère le suivi SIME comme faisant partie des meilleures pratiques dans le traitement des troubles mentaux graves et persistants. Rodriguez del Barrio (2011)

rapporte que les données probantes concernant l'efficacité du traitement pharmacologique sur la réduction ou l'élimination des symptômes sont limitées dans le processus de rétablissement. Il est démontré que le suivi SIME combiné au traitement pharmacologique est plus efficace que le traitement pharmacologique seul (Stein et Test, 1980; Test, 1998). De plus, le modèle SIME ne s'est pas avéré plus efficace que les programmes de déjudiciarisation pénale pour la clientèle judiciarisée. Ce type de service est moins efficace pour les personnes souffrant d'un trouble de la personnalité qu'un traitement traditionnel. Descombes (2010) rapporte que souvent les administrateurs des hôpitaux voient le SIME comme une opportunité de libérer des lits occupé par des clients sous tribunal administratif. De plus, malgré l'efficacité et l'efficience des équipes SIME, un constat apparaît clair, une équipe peut suivre au maximum 100 clients.

Nous avons recueilli beaucoup d'informations concernant le SIME, sans doute parce que cette approche de traitement a été le sujet de nombreuses recherches comparativement aux deux autres modalités de traitement. Nous examinerons maintenant les directives ministérielles concernant ces différentes approches.

4.3 Directives ministérielles quant à ces trois alternatives de traitement

Selon Lecompte (1995), les personnes atteintes de schizophrénie occupent 8% de tous les lits d'hôpitaux au Canada. Le coût direct des soins est évalué à 2,3 milliards de dollars par année excluant les coûts pour l'aide sociale, les services communautaires et le soutien pour les familles. Il est donc possible de croire que les coûts seraient plus élevés considérant les soins et services requis pour les personnes ayant un trouble de santé mentale sévère et persistant. À partir de ce constat, beaucoup de chercheurs et cliniciens ont apporté leur contribution afin de trouver des alternatives moins coûteuses au système de santé, d'où la mise en application du virage ambulatoire. Selon Mayer (2002), le coût des soins de santé et la crise fiscale traversée par l'État providence a engendré un désengagement important de l'État au profit du virage ambulatoire au début des années 1980. Selon Lecompte (1997) et Tremblay (1996), depuis l'adoption en 1989 de la première politique de santé mentale au Québec, les soins et les services doivent être

offerts majoritairement dans la communauté afin de répondre aux besoins des personnes souffrant de troubles de santé mentale graves et persistants. Toutefois, entre la volonté du MSSS de favoriser le déploiement et la diversification de services dans la communauté de même que la réalité terrain, les objectifs préconisés par la politique de 1989 n'ont pas tous été atteints (Lecompte, 1995). Pour le MSSS (1997), la capacité d'offrir des services dans la communauté comporte trois éléments importants. Le premier étant d'assurer le succès de la transformation du réseau actuel, le deuxième de faciliter l'intégration des personnes aux prises avec un problème de santé mentale dans la société et le troisième de diminuer le recours à l'hospitalisation.

Le plan d'action du MSSS, (1998) concernant la transformation des services en santé mentale prévoyait une nouvelle répartition des ressources, soit 60% pour les services offerts dans la communauté et 40% pour les services institutionnels (MSSS, 1998). Malheureusement, force est de constater que malgré la volonté des instances gouvernementales, ce changement ne s'est pas effectué. Certes, les ressources de traitement œuvrant dans le communautaire ont reçu une majoration des allocations, mais le milieu institutionnel a tout même conservé la grande partie des budgets alloués à la santé mentale.

Le plan d'action 2005-2010 du MSSS (2005) rendait compte d'une augmentation du nombre de personnes présentant un trouble concomitant. Toutefois, le dépistage n'est pas toujours effectué, faisant en sorte de mener vers un traitement plus ou moins adapté pour la clientèle (MSSS, 2005). Le rétablissement des personnes souffrant d'un trouble concomitant obtient un faible taux de succès au prix d'un haut taux de rechute et de réhospitalisation. L'évaluation précoce de l'usage de SPA chez cette clientèle permettrait de mettre en place des services adaptés à leurs besoins. Ce plan d'action considère le suivi intensif dans le milieu comme l'une des meilleures pratiques pour le traitement des troubles concomitant étant donné la prise en charge efficace des clients.

Ce plan d'action a été reconduit puisque les objectifs n'ont pas tous été atteints. Le MSSS a identifié dans le plan d'action 2005-2010 les services en santé mentale comme un axe prioritaire (MSSS, 2005). Pour ce faire, il a préconisé, entre autres, le développement de

services de santé mentale en première ligne et l'ajout ou la consolidation d'équipes agissant dans la communauté SIME. Par ce biais, il voulait non seulement favoriser le rétablissement, mais enrayer la stigmatisation face aux personnes atteintes de troubles de santé mentale. Pour parvenir au résultat, il devait y avoir un redéploiement des ressources vers la première ligne et une redéfinition des rôles spécialisés de la deuxième et troisième ligne. Encore une fois, en 2010, seulement 40% des objectifs étaient atteints (MSSS, 2005). Le ministre de la santé Yves Bolduc (2011) maintient alors les objectifs du plan d'action de 2005-2010 pour la période 2012-2017. L'annexe F fait référence à l'entente de gestion et d'imputabilité 2013-2014 concernant les objectifs de la planification stratégique en dépendance et en santé mentale.

À la lumière des informations recueillies concernant les trois modalités de traitement offertes aux personnes souffrant d'un trouble de santé mentale sévère et persistant, nous allons maintenant faire une analyse des principaux constats observés dans la prochaine section, en tenant compte des directives gouvernementales concernant les meilleures pratiques dans ce domaine.

Discussion

5.1 Analyse critique des principaux constats observés

Le présent essai avait pour objectif, par l'intermédiaire d'une recension des écrits, de faire un bilan critique de trois alternatives de traitements offertes au Québec pour les personnes présentant un trouble de santé mentale sévère et persistant : l'hôpital de jour, les consultations externes de même que le programme SIME. Les études provenant du Québec, des États-Unis et de l'Europe permettent d'obtenir une critique intéressante face à ces diverses alternatives.

Les principaux constats observés rendent compte d'un manque d'études d'efficacité quant aux alternatives liées aux hôpitaux de jour et aux consultations externes. De plus, la majorité des études en lien avec ces alternatives datent de plusieurs années, certaines de

plus de 20 ans. Par contre, les études se sont avérées abondantes concernant le SIME puisque beaucoup de chercheurs ont étudié différents aspects de ce programme : sa mise en application, ses effets sur la clientèle, les effets collatéraux sur les proches des personnes suivis et les résultats obtenus avec la clientèle. Pour l'hôpital de jour et les consultations externes, aucune étude ne rend compte de tous ces aspects.

Quoi qu'il en soit, le virage ambulatoire a demandé une réingénierie dans la dispensation des soins offerts à la clientèle souffrant de trouble sévère et persistant. Il est reconnu que la concomitance avec un trouble lié à l'utilisation d'une substance est élevée (Adalf et coll., 2005; Kairouz et coll., 2008; Rush et coll., 2008; Santé Canada, 2007) et vient complexifier l'offre de service. Ainsi, chaque modalité de traitement a rendu compte de son efficacité auprès d'un certain type de clientèle. D'abord, les hôpitaux de jour s'avèrent être un élément essentiel du dispositif de soins afin de prévenir les périodes d'hospitalisation longue durée. Marshall et coll. (2001; 2003) de même que Priebe et coll. (2006) mentionnent que certaines études ont exclu de façon systématique les clients ayant un trouble d'utilisation des substances faisant en sorte qu'il est alors difficile de connaître l'impact de cette alternative sur la consommation de la clientèle. Malgré tout, au fil des années beaucoup d'innovations ont été réalisées tant dans les hôpitaux de jour que dans les services de consultations externes concernant le traitement et les approches des troubles concomitants (Lecompte et Lesage, 1999).

Les services de consultations externes ont répondu au mandat qui leur était confié, soit d'accueillir un grand nombre de clients et de leur offrir des services d'évaluation, de consultation et de traitement (Lecompte, 2005). Les services de consultations externes représentent la pierre d'assise du système de soins psychiatriques par le nombre de clients qui y sont suivis (Lecompte, 2005). Au fil des années, les intervenants des services de consultations externes ont développé un savoir-faire et différentes approches permettant ainsi à un grand nombre de personnes de vivre à l'extérieur de l'institution.

Selon Santé Canada (2002), le programme SIME est considéré comme étant l'une des meilleures pratiques dans le traitement des troubles sévères et persistants en offrant une gamme complète de services dans le milieu de vie des personnes. Le SIME permet la

prise en charge, le suivi et le traitement d'une clientèle souffrant de troubles sévères et persistants qui refusent les autres formes de traitement (HDJ, CE). Gélinas, (1998) et Test (1998) rapportent que sans le soutien du SIME, ces personnes se retrouveraient majoritairement sans ressources psychosociales et présenteraient donc un risque élevé de rechutes. Mueser (2003) rapporte que, sans le programme SIME, plusieurs clients n'auraient pas adhéré à un traitement intégré en santé mentale et en toxicomanie.

Les recherches effectuées sur les meilleures pratiques dans le traitement des troubles concomitants (Santé Canada, 2002; Société canadienne de Schizophrénie, 2006; CCLAT-CCSA, 2010) tendent à démontrer l'importance de définir les assises d'un traitement intégré et coordonné en concertation avec les différents intervenants de la santé mentale et de la toxicomanie. Selon Bois (2006), il est essentiel que les services de traitement des troubles concomitants soient intégrés si l'on veut répondre adéquatement aux besoins de la clientèle. La mise en commun des expertises de santé mentale et de toxicomanie devrait être axée sur la collaboration de façon à ce que les personnes touchées par cette problématique puissent retirer des avantages d'un traitement simultané par la même équipe.

C'est dans cette perspective que le plan d'action en santé mentale «La force des liens» MSSS, (2005) a misé sur le déploiement d'un grand nombre d'équipe SIME sur le territoire québécois. Le Québec compte maintenant 50 équipes SIME à travers la province (Descombes, 2010).

Pour terminer, il nous apparaît évident que ces trois alternatives de traitements agissent en complémentarité les unes par rapport aux autres en ayant chacune leur spécificité. Par contre, nous avons pu constater que l'état de la recherche concernant les hôpitaux de jour et les services de consultations externes est de loin dépassé. Il est clair que chacune de ces alternatives de traitement représente individuellement un élément important du dispositif de soins, sans pour autant faire partie des priorités gouvernementales. Par ailleurs, le MSSS a placé en priorité la mise en place d'équipes SIME en raison de la prise en charge, du suivi et du traitement de façon efficace des personnes souffrant d'un trouble sévère et persistant.

5.2 Recommandations

Considérant le manque de documentation scientifique concernant les hôpitaux de jour et les consultations externes, que les documents répertoriés dataient de 2005 ou avant et que peu d'études rendent compte des impacts de ces modalités sur la consommation d'alcool et de drogues de la clientèle :

-Nous recommandons que des études d'efficacité soient effectuées quant à ces alternatives de traitement notamment sur la consommation d'alcool et de drogues mais aussi sur les symptômes de santé mentale.

Considérant l'abondance de la littérature récente concernant l'efficacité du SIME et les observations dans ma pratique professionnelle, sur les divergences au niveau de la composition des équipes dans les différents secteurs et qu'aucune étude n'a été faite sur l'uniformisation des pratiques de suivi dans la province :

-Nous recommandons qu'une étude comparative soit faite entre les différentes équipes SIME dans la province concernant la stabilisation de l'état mental et l'utilisation de substances psychoactives de façon à dégager les meilleures pratiques à l'intérieure même des équipes SIME.

Considérant selon Rush, Zaslavska et Veldhuizen (2005) de même que Rush et Nadeau (2011) la prévalence élevée de concomitance entre les troubles de santé mentale et la toxicomanie:

-Nous recommandons de promouvoir un partenariat avec un centre de traitement en toxicomanie afin d'adopter des interventions coordonnées dans le traitement des troubles concomitants.

Considérant que sur le plan professionnel, les différents intervenants du réseau agissent la plupart du temps en silo en compartimentant le traitement de la santé mentale et de la toxicomanie :

- Nous recommandons de travailler au développement d'un traitement intégré pour les trois modalités de traitements.

- Nous recommandons d'optimiser les équipes SIME incomplètes.

5.3 Retombées possibles de l'essai

Nous croyons que les résultats du présent essai auront des retombées dans notre équipe de travail quant à la possibilité de développer un partenariat avec diverses ressources en toxicomanie. De plus, nous espérons que cette initiative donnera envie à d'autres équipes des centres hospitaliers d'amorcer la même démarche de façon à uniformiser les pratiques à l'interne comme à l'externe. Nous croyons également qu'une telle démarche serait un avancement dans une pratique de soins intégré pour les troubles concomitants. Nous estimons qu'un tel partenariat de soins serait profitable à tous les intervenants tant de la santé mentale que de la toxicomanie.

Nous espérons présenter nos résultats dans notre établissement de façon à démontrer la pertinence de ces trois modalités de traitements et de les optimiser. De plus, nous espérons également amener nos dirigeants à défendre l'optimisation de notre équipe SIME devant les instances concernées afin de répondre aux exigences ministérielles.

Références bibliographiques

- Adamson, S.J., Todd, F.C., Sellman, J.D., Huriwai, T. et Porter, J. (2006). Coexisting psychiatric disorders in a New Zealand outpatient alcohol and other drug clinical population. *Australian and Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 164-170.
- Adalf, E.M., Begin, P. et Sawka, E. (2005). *Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) : Une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens : La prévalence de l'usage et les méfaits : Rapport détaillé*. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
- Agence de la santé et des services sociaux (2013). *Entente de gestion et d'imputabilité 2013-2014 entre l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec*. Montréal : Agence de la santé et des services sociaux.
- American Psychological Association- APA (2006). *Practice Guideline : Treatment of Patients with Substance Use Disorders*, Second Edition. Washington: American Psychiatric Association.
- Andreasson, S., Allebeck, P., Engström, A. et Rydberg,U. (1987). Cannabis and schizophrenia. A longitudinal study of Swedish conscripts. *Lancet*, ii, 1483-1486.
- Assertive Community Treatment Association-ACTA (2007). ACT Model. Consulté le 5 juin 2013 au <http://www.actassociation.org/actModel/>
- Association des proches des personnes atteintes de maladie mentale-APAMM (2013). Qui sommes-nous? Consulté le 10 décembre 2013 au <http://www.appamme.org/indexe.html>
- Association des hôpitaux du Québec (2000). *Portrait des hôpitaux de jour en psychiatrie du Québec*, Montréal : Association des Hôpitaux du Québec.
- Bartels, S.J., Teague, G.B., Drake, R.E., Clark, R.E., Bush, P. et Noordsy, D.L. (1993) Substance abuse in schizophrenia: Service utilization and costs. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 227-232.
- Beaumont, C., Charbonneau, R., Delisle, J., Landry, A., Ménard, J. M., Paquette, D. et Ross, D.F. (2004). *Toxicomanie, jeu pathologique et troubles mentaux : pour une intervention efficace des centres de réadaptation et de leurs partenaires*. Montréal : Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes.

- Bédard, D., Lazure, D. et Roberts, C. (1962). *Rapport de la Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ben Amar, M. (2004). Pharmacologie du cannabis et synthèse des analyses des principaux comités d'expert. *Drogues, santé et société*, 2(2), 1-22.
- Bois, C. (2006). *Integrated concurrent disorders treatment models*. Centre for Addiction. Consulté le 20 août 2013 au: <http://www.camh.net/publications/>.
- Boisvert, D. (2005). Hôpital de jour : une nouvelle chance. Collection hors série. *Santé mentale au Québec*, 20-24.
- Boivert, D., Raymond, S. et Cossette, É. (2005). *Hôpital de jour : une nouvelle chance*. Collection hors série. *Santé mentale au Québec*, 25-40.
- Bond, G.R. (2002). *Assertive Community Treatment for People with Severe Mental Illness*. Indianapolis: Department of Psychology, Indiana University
- Bonsack, C., Schaffter, M., Singy, P., Charbon, Y., Eggimann, A. et Guex, P. (2006). Étude qualitative des attentes d'un réseau sanitaire et social pour un suivi des troubles psychiatriques sévères dans la communauté. *L'Encéphale*, 33, 751-761.
- Bordage, G. (1989). Considerations on Preparing a Paper for Publication. *Teaching and Learning in Medicine*, 1(1), 47-52.
- Bordes, M. (2010). SIME: Espoir d'un avenir meilleur. *Le partenaire*, 18, 7-8.
- Boudreau, D., Desjardins, N. et Massé, R. (2012). *Le suivi métabolique : l'impact de son implantation auprès d'une clientèle psychiatrique*. 5 congrès mondial des infirmières et infirmiers francophone : Genève, Suisse. Consulté le 20 mai 2013 au : http://www.sidiief.org/~media/Files/7_0_Publications/7_1_PublicationsSIDIIEF/7_1_9_PresentationsCongresMondiaux/7_1_9_3_PresentationsCongres2012/SP82.2-Boudreau-Dominique.ashx
- Brenner, H. D.; Hodel, B., Roder, V. et Corrigan, P. (1992). Treatment of Cognitive Dysfunctions and Behavioral Deficits in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, Vol 18(1), 21-26.
- Briand, C., Reinharz, D., Lesage, A., Nicole, L., Stip, E., Lalonde, P., Villeneuve, K. et Planet-Sultan, S. (2010). L'implantation au Québec de l'Integrated Psychological Treatment (IPT) auprès des personnes atteintes de schizophrénie : cinq ans après. *Santé mentale au Québec*, XXXV,(2), 145-162.

- Buckley, P.F., Miller, B.J., Douglas, S.L., et Castle, D.J. (2009). Psychiatric Comorbidites and Schizophrénia. *Schizophrenia Bulletin*, 35(2), 383-402.
- Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (2009). *Toxicomanie au Canada : Troubles concomitants*. Ottawa (Ontario) : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
- Decety, J. (2004). *L'empathie est-elle une simulation mentale de la subjectivité d'autrui ?* In A. Berthoz, et G. Jorland, (Eds). *L'Empathie* (pp. 53-88). Paris : Odile Jacob.
- Descombes, C. (2010). Douze années de suivi intensif dans la communauté. *Le partenaire*, 18, 4-6.
- Dixon, L.B., Krauss, N., Kernan, E., Lehman, A.F. et DeForge, B.R. (1995). Modifying the PACT model to serve homeless persons with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 46, 684-688.
- Drake, R.E., Osher, E. C. et Wallach, M.A. (1991) Homelessness and dual diagnosis. *American Psychologist*, 46,1149-1158.
- Drake, R.E. et Mueser, K.T. (2000). Psychosocial Approaches to Dual Diagnosis. *Schizophr Bull*, 26 (1), 105-118.
- Drake, R. E., Mercer-McFadden, C., Mueser, K.T., Mc Hugo, G. J. et Bond, G.R. (1998). Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. *Schizophr Bull*, 24 (4), 589-608.
- Drake, R.E., Noordsy, D.L. et Ackerson, T. (1995). Integrating mental health and substance abuse treatments for persons with chronic mental disorders: A model. In A.F. Lehman et L.B. Dixon (Eds.) *Double Jeopardy: Chronic mental illness and substance use disorders* (pp.251-264). Switzerland : Harwood Academic Publishers,.
- Drake, R.E. et Green, A.I. (2006). Current research on co-occurring substance-use disorder in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 616-617.
- Fortin, M.F., Côté, J. et Filion, F. (2006) *Fondement et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière Éducation.
- Gélinas, D. (1998). Le suivi dans le milieu de vie des personnes. *Santé mentale au Québec*. 23, 7-16.

- Gélinas, D. (1998). Points de repère pour différencier la gestion de cas du suivi intensif dans le milieu auprès des personnes souffrant de troubles mentaux graves. *Santé mentale au Québec*, 23, 17-47.
- Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (2013). Psychiatrie, santé mentale. Consulté le 15 mai 2013 au <http://www.hscm.ca/soins-et-services/les-soins-infirmiers/les-unites-de-soins/psychiatrie-sante-mentale/>
- Horsfall, J., Cleary, M., Hunt, G.E. et Walter, G. (2009). Psychosocial treatment for people with co-occurring severe mental illnesses and substance use disorders (dual diagnosis): a review of empirical evidence. *Harv Rev Psychiatry*, 17 (1), 24-34.
- Horvitz-Lennon, M., Normand, S-L.T., Gaccionne, P. et Frank, R.G. (2001). *Partial Versus Full Hospitalization for Adults in Psychiatric Distress: A Systemic Review of the Published Literature (1957-1997)*. *Am J Psychiatric*, 158(5), 676-683.
- Huguelet, P., Koellner, V., Boulguy, S., Nagalingum, K., Amani, S., Borrás, L. et Perroud, N. (2012). Patients souffrant de troubles psychiatriques sévères suivis par une équipe mobile: impact sur leurs familles. *L'encéphale*, 38, 201-210.
- Institut canadien d'information sur la santé(2012), Plan stratégique 2012 à 2017. De meilleures données pour de meilleures décisions : des Canadiens en meilleure santé. Consulté le 20 septembre 2013 au: http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/pdf/internet/STRATEGIC_PLAN_FR
- Kairouz, S., Boyer, R., Nadeau, L., Perrault, M. et Fiset-Laniel, L. (2008). *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois*. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2). Québec; Institut de la statistique du Québec.
- Kaplan, H.I. et Sadock's, B.J. (2005). Chapitre 11 : Substance- Related Disorders. Dans H.I. Kaplan et B.J. Sadock's (Eds). *Comprehensive textbook of Psychiatry*, 8th edition 1, (pp.1137-1328). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kent, A. et Burns, T. (2005). Assertive Community Treatment in UK practice Revisiting... Setting up an Assertive Community Treatment Team. *Advance in Psychiatric Treatment*, 11, 388-397.
- Kessler, R.C., McGonagle, K., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.-U. et Kendler, K. (1994). Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States; results From the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 5, 8-19.

- Kessler, R. C., Berglund, P., Chiu, W. T., Demler, O., Heer-inga, S., Hiripi, E., Jin, R., Pennell, B.-P., Walters, E. E., Zaslavsky, A. et Zheng, H. (2004). The U.S. National Comorbidity Survey Replication (NCS-R): Design and field procedures. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 13(2), 69–92.
- Kessler, RC. et Merikangas, K.R. (2004). The National Comorbidity Survey Replication (NCS-R): background and aims. *Int. J Methods Psychiatr Res.*, 13(2), 60-8.
- Landry, M. et Lecavalier, M. (2003). L’approche de réduction des méfaits : Un facteur de changement dans le champ de la réadaptation en toxicomanie. *Drogues, santé et société*, 2(1), 1-18.
- Larivière, N., Desrosiers, J., Tousignant, M. et Boyer, R. (2011). Multifaceted impact evaluation of a day hospital compared to hospitalization on symptoms, social participation, service satisfaction and costs associated to service use. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 15(3), 228-240.
- Latimer, E.A. (1999). Economic impact of assertive community treatment : a review of the literature. *Revue Canadienne de Psychiatrie*, 44, 443-454.
- Lecompte, T. et Leclerc, C. (2004). *Manuel de réadaptation psychiatrique*. Québec : Les Presses de l’Université du Québec.
- Lecompte, Y. (2010). Impasse thérapeutique. *Santé mentale au Québec*, 35 (2), 7-11.
- Lecompte, Y. (2005). L’hôpital de jour : une nouvelle chance. Collection hors série *Santé mentale au Québec*, 9-17.
- Lecompte, Y. et Lesage, A. (1999), Les enjeux des consultations externes de psychiatrie, *Santé mentale au Québec*, 24(2), 7-27.
- Lecompte, Y. (1997). De la dynamique des politiques de désinstitutionnalisation au Québec. *Santé mentale au Québec*, 22(2), 7-24.
- Luyet, A., Giroux, E. et Clerc, D. (1999). La consultation externe : comment peut-elle prétendre aux rôles de porte d’entrée et de plaque tournante? *Santé mentale au Québec*, XXIV, (2), 143-158.
- Marshall, M, Crowther, R., Almaraz-Serrano, A., Creed, F., Iuge, W., Kluiters, H., Roberts, C., Colline, E., Wiersma, D., Bond, G.R., Huxley, P. et Tyrer, P. (2003). Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders: (1) acute day hospital versus admission; (2) vocational rehabilitation; (3) day hospital versus outpatient care. *Health Technol Assess.* 5(21), 1-75.

- Marshall, M., Crowther, R., Almaraz-Serrano, A. et Tyrer, P. (2001). Day hospital versus out-patient care for psychiatric disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2. Consulté le 10 juin 2013. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11687059>
- Margolese, HC., Malchy, L., Negrete, JC., Tempier, R. et Gill, K. (2004). Drug and alcohol use among patients with schizophrenia and related psychoses: levels and conséquences. *Schizophrenia Research*, 67(2-3), 157-166.
- Mayer, R. (2002). *Évolution des pratiques en service social*. Boucherville : Gaëtan Morin Éditeur.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec-MSSS. (2005). *Plan d'action en santé mentale : la force des liens*. Québec : MSSS.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec-MSSS. (1998). *Plan d'action pour la transformation des services en santé mentale*. Québec : MSSS.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec-MSSS. (1997). *Orientation pour la transformation des services en santé mentale*. Québec : MSSS.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec-MSSS. (1989). *Politique de santé mentale*. Québec : MSSS.
- Morel, C. et Surprenant, F. (2005). L'hôpital de jour : une nouvelle chance. Collection hors série *Santé mentale au Québec*, 25-30.
- Mueser, K. T., Noordsy, D.L., Drake, R.E. et Fox, L. (2003). *Integrated treatment for dual disorders: a guide to effective practice*. New York: Guilford Press.
- Mueser, K.T., Sengupta, A., Schooler, N.R., Bellack, A.S., Xie, H., Glick, I.D. et Keith, S.J. (2001). Family treatment and medication dosage reduction in schizophrenia: effects on patient social functioning, family attitudes, and burden. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 69, 3-12.
- National Alliance of Mental Illness (2013). Program of Assertive Community Treatment. Consulté le 10 juillet 2013 au [http://www.nami.org/Content/ContentGroups/Programs/PACT1/What is the Program of Assertive Community Treatment \(PACT\).htm](http://www.nami.org/Content/ContentGroups/Programs/PACT1/What_is_the_Program_of_Assertive_Community_Treatment_(PACT).htm)
- Pellerin, M. (2011). Les troubles concomitants. *Info-toxico*, 23(1), 1-3.

- Perreault, M., Tempier, R., Tardif, H., Bernier, J., Pawliuk, N., Garceau, L. et Lusignan, R. (1999). Perspective d'usagers suivis en consultation externe d'établissements de première, deuxième et troisième lignes. *Santé mentale au Québec*, XXIV (2) 52-73.
- Poirier, M., Ritzhaupt, B., Larose, S. et Chartrand, D. (1998). Case management: Le modèle de l'Ouest-de-l'Île de Montréal. *Revue santé mentale au Québec*, 23, 93-118.
- Priebe, S., Jones, G., McCabe, R., Briscoe, J., Wright, D., Slead, M. et Beecham, J. (2006). Effectiveness and costs of acute day hospital treatment compared with conventional in-patient care: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 188, 243-249.
- Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S., Locke, B.Z., Keith, S.J., Judd, L.L. et Goodwin, F.K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *Journal of the American Medical Association*, 264, 2511-2518.
- Rodriguez del Barrio, L. (2011). Nouveaux paramètres pour l'élaboration des pratiques de soutien communautaire: contribution des organismes communautaires et alternatifs au Québec. *Santé mentale au Québec*, 36, 35-56.
- Rodriguez del Barrio, L., Poirel, M.- L. (2011). Le traitement dans la communauté. Enjeux et défis de bonnes pratiques en santé mentale et en psychiatrie. *Santé mentale au Québec*, 36, 7-12.
- Rush, B. et Koegl, C. G. (2008), Prevalence and profile of people with co-occurring mental and substance use disorders within a comprehensive mental health system. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53, (12), 810-21.
- Rush, B., Moxam, R.S., Nadeau, L., McMain, S., Ogbome, A., Goering, P., Roberts, G., Rosidi, S. et Mueser, K. (2002). *Meilleures pratiques: Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie*. Ottawa : Santé Canada.
- Rush, B.R. et Nadeau, L. (2011). On the integration of mental health and substance use services and systems. Dans D. Cooper (Ed.), *Responding in mental health-substance use* (pp.148-175), Oxford (R.-U.): Radcliffe Publishing Ltd.
- Rush, B. (2004). Les troubles concomitants : leur prévalence, leurs répercussions et l'importance du dépistage. Présentation dans le cadre du Symposium estival national sur les toxicomanies. *Troubles concomitants: les Meilleures Pratiques et leur mise en œuvre*.

Annexe E

Entente de gestion et d'imputabilité 2013-2014

INDICATEURS	ENGAGEMENTS POUR 2013-2014	CIBLES RÉGIONALISÉES 2015	OBJECTIFS DE LA PLANIFICATION STRATÉGIQUE
DÉPENDANCE			
1.07.04 PS Pourcentage des personnes qui sont évaluées en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins.	75	85	3.1.2 Assurer aux personnes ayant une dépendance un accès aux services d'évaluation spécialisée dans un délai de 15 jours ouvrables ou mois
1.07.05 PS. Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de première ligne en toxicomanie et en jeu pathologique, offerts par le CSSS.	843		2.2.7 Faciliter l'accès aux personnes à risque d'abus et de dépendance à des services de première ligne offerts en toxicomanie et en jeu pathologique.
SANTÉ MENTALE			
1.08.05 PS. Nombre de places en soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour les adultes de 18 ans et plus mesurée par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services.	1806	3682	2.2.6 Assurer l'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les adultes ayant des troubles mentaux graves.
1.08.06 PS. Nombre de places en service de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services.	660	1085	2.2.5 Assurer aux personnes qui le requièrent des services de santé mentale de première ligne par une équipe multidisciplinaire.
1.08.07 PS. Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de la première ligne en CSSS mission (CLSC)	27 300	34 150	

- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2013).