



Centre canadien sur
les dépendances et
l'usage de substances

Données. Engagement. Résultats.

www.ccdus.ca • www.ccsa.ca

Modèles d'accès rapide aux services liés à l'usage de substances : examen rapide

Octobre 2020

Brian Rush, Ph.D., et April Furlong
VIRGO Planning and Evaluation Consultants

Modèles d'accès rapide aux services liés à l'usage de substances : examen rapide

Ce document est publié par le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS).

Citation proposée : Rush, B. et A. Furlong. *Modèles d'accès rapide aux services liés à l'usage de substances : examen rapide*, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2020.

© Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2020.

CCDUS, 75, rue Albert, bureau 500
Ottawa (ON) K1P 5E7
Tél. : 613-235-4048
Courriel : info@ccsa.ca

Ce document a été produit grâce à une contribution financière de Santé Canada. Les opinions exprimées ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada.

Ce document peut aussi être téléchargé en format PDF au www.ccdus.ca

This document is also available in English under the title:

Rapid Access Models for Substance Use Services: A Rapid Review

ISBN 978-1-77178-696-6



Table des matières

Synthèse générale	1
Introduction.....	1
Objectifs	2
Méthodologie.....	2
Portée : définir le concept d'« accès rapide ».....	2
Sommaire des modèles d'accès rapide.....	3
Modèles hospitaliers.....	3
Modèles de services mobiles et d'approche dynamique.....	4
Modèles de type Dépistage, évaluation, intervention rapide et orientation vers des traitements.....	4
Modèles de services intégrés pour les jeunes	5
Modèle d'accès centralisé et coordonné	5
Sommaire et implications.....	6
1.0 Introduction	9
1.1 Objectif du présent examen	14
2.0 Méthodologie	15
2.1 Portée : définir le concept d'« accès rapide ».....	15
2.2 Stratégie de recherche	16
3.0 Modèles d'accès rapide	17
3.1 Modèles hospitaliers	17
Données probantes.....	18
Résumé	23
3.2 Modèles de services mobiles et d'approche dynamique	24
Données probantes.....	26
Résumé	28
3.3 Modèles de type Dépistage, évaluation, intervention rapide et orientation vers le traitement.....	29
Données probantes.....	32
Résumé	34



3.4 Modèles de services intégrés pour les jeunes.....	36
Données probantes.....	40
Résumé	42
3.5 Modèles d'accès centralisé et coordonné	43
Données probantes.....	47
Résumé	49
4.0 Sommaire et implications.....	51
4.1 Sommaire	51
4.2 Implications pour la planification, l'évaluation et la recherche systémiques	54
5.0 Bibliographie	56



Synthèse générale

Introduction

L'usage de substances, les troubles associés et les problèmes de santé mentale et physique connexes exercent une immense pression sur le système de santé et entraînent des coûts exorbitants pour la société. En 2017, l'usage de substances aurait coûté près de 46 milliards de dollars aux Canadiens, la consommation d'alcool et de tabac comptant pour environ les deux tiers de ce montant. À l'échelle mondiale, la consommation d'alcool, généralement considérée comme l'un des principaux facteurs de risque de décès et d'invalidité, tend à plomber le produit national brut (PNB), un indicateur général de l'activité économique d'un pays.

Or, malgré les méfaits de l'usage de substances chez les adultes et les jeunes canadiens et ses répercussions sur le système de santé et l'économie, on note un taux anormalement bas de personnes qui accèdent à des services spécialisés de traitement ou de soutien pour un problème de consommation. De plus, bon nombre de ceux qui y accèdent indiquent que leurs besoins n'ont pas été satisfaits. Par contre, un grand nombre de Canadiens obtiendraient de l'aide dans d'autres secteurs de la santé et des services sociaux. Cette situation offre une belle ouverture et est un argument de taille pour tenter d'intégrer les services de traitement et de soutien liés à l'usage de substances dans ces secteurs afin de pouvoir intervenir sur le vaste éventail des risques et des méfaits. Cette vision d'un système global et intégré est l'une des principales recommandations de la toute première stratégie nationale en matière de traitement de la consommation de substances, particulièrement avec son modèle à plusieurs niveaux visant à organiser un continuum de services et de soutiens en fonction de la gravité, de la chronicité et de la complexité des problèmes.

L'accès à ce continuum de services et de soutiens est l'un des principaux indicateurs mesurant la qualité de la réponse du système à ces défis et aux occasions qu'ils offrent. La nécessité d'améliorer l'accès se reflète dans les priorités et recommandations des récents plans provinciaux et territoriaux à l'échelle du Canada, des examens exhaustifs des systèmes de traitement et des rapports d'experts et d'organismes renommés en recherche et en application des connaissances.

Ce constat a entraîné la création d'une foule de modèles visant à faciliter l'accès aux services et soutiens liés à l'usage de substances à différents endroits au Canada, comme des programmes d'accès rapide à la médecine des dépendances, des carrefours de services pour les jeunes, des modèles d'accès centralisé ou coordonné et différents modèles cherchant à intégrer les services et soutiens liés à l'usage de substances dans des milieux de soins qui constatent souvent ces problèmes (soins primaires, services d'urgence, etc.). Par ailleurs, ces modèles sont mis en œuvre à un moment où beaucoup de provinces et territoires revoient en profondeur leur système de santé et envisagent de nouvelles voies d'intervention pour se préparer à la possible vague de demandes de services et soutiens liés à l'usage de substances suivant la pandémie de COVID-19. Enfin, bien que ce ne fût pas l'intention de départ du présent examen, la réflexion sur la capacité de ces modèles à améliorer l'accès à ce type de service pourrait contribuer à améliorer la réponse à la pandémie, notamment dans l'éventualité d'une deuxième vague.

Le présent rapport porte sur la nature de ces modèles et les études examinant leur efficacité.



Objectifs

Le présent examen rapide comportait deux grands objectifs :

1. Définir les principales caractéristiques des différents modèles d'accès rapide conçus pour faciliter l'accès aux services de traitement liés à l'usage de substances et la participation à ces derniers;
2. Déterminer dans quelle mesure ces modèles ont permis d'améliorer l'accès aux services.

Méthodologie

Le corpus ayant servi à la rédaction du présent examen rapide a été constitué au moyen de recherches dans des bases de données scientifiques, de recherches générales sur Internet (Google), de recherches manuelles dans la bibliographie de documents pertinents et, pour quelques documents, d'échanges avec un expert clé. La littérature accessible variait d'un modèle à l'autre. Pour les quelques modèles ayant fait l'objet de nombreuses études (p. ex. modèle Dépistage, évaluation, intervention rapide et orientation vers des traitements et carrefours de services pour les jeunes), il était possible de s'appuyer sur des revues systématiques pour évaluer les objectifs ci-dessus.

Portée : définir le concept d'« accès rapide »

Avant de déterminer quels modèles devaient faire l'objet de l'examen, il fallait clarifier le concept d'accès, et plus particulièrement d'« accès rapide ». L'accès est une caractéristique multidimensionnelle des systèmes de santé, y compris ceux axés sur le soutien et le traitement liés à l'usage de substances. Voici certaines des dimensions de l'accès pouvant être plus ou moins influencées par différentes caractéristiques d'un modèle d'accès rapide :

- **Facilité d'approche** : Les personnes ayant des besoins en matière de soins de santé savent que les services existent et qu'ils ont une incidence sur leur santé.
- **Acceptabilité** : Les clients acceptent différents aspects d'un service et estiment qu'ils sont adéquats.
- **Accessibilité et adaptation** : Il est possible d'obtenir rapidement des services de santé.
- **Abordabilité** : Les clients sont en mesure de payer pour les services.
- **Pertinence** : Il y a correspondance entre les services et les besoins des clients, et le processus pour orienter les clients vers les services appropriés est rapide et efficace.

Le concept d'accès « rapide » repose essentiellement sur le temps qu'il faut pour recevoir un service. Comme pour l'accès en général, il peut s'incarner de différentes façons, qui exigent chacune des stratégies et considérations distinctes. Parmi les interprétations les plus populaires de l'« accès rapide », notons un premier contact plus rapide que la norme avec le service (p. ex. temps d'attente inférieur au temps habituel du programme ou du secteur), la rapidité d'accès à des interventions pertinentes suivant le premier contact – y compris pour les personnes à faible risque et dont le problème est léger, qui peuvent être servies hors des services spécialisés liés à l'usage de substances –, et la rapidité d'une réadmission ou d'un transfert dans un service de traitement ou un réseau lorsque la personne a déjà reçu des services.



Deux autres notions s'avèrent pertinentes pour les modèles visant à accélérer l'accès aux services et aux soutiens liés à l'usage de substances. La première est la mesure dans laquelle les personnes reconnaissent avoir besoin d'aide et sont motivées à établir un premier contact avec un service. Cette notion s'articule autour de l'importance des stratégies de mobilisation, comme la sensibilisation visant à orienter davantage de personnes vers les services. Ensuite, dans la même lignée, les innovations visant à susciter la motivation et la rétention une fois que les clients participent à un service, innovations qui sont essentielles puisque la rétention est un indicateur clé de la réussite d'un traitement.

Les définitions ci-dessus et les notions connexes ont mené au choix de cinq modèles d'accès rapide, qui représentent un « ensemble » de mécanismes visant à améliorer l'accès, comme nous l'avons décrit plus haut. Voici les cinq modèles retenus :

- Modèles hospitaliers
- Modèles de services mobiles et d'approche active
- Modèles de type Dépistage, évaluation, intervention rapide et orientation vers des traitements
- Modèles de services intégrés pour les jeunes
- Modèles d'accès centralisé et coordonné

Sommaire des modèles d'accès rapide

Modèles hospitaliers

- Les troubles liés à l'usage de substances, souvent observés dans les hôpitaux, sont associés à des séjours plus longs en établissement et à des hospitalisations répétées.
- Des modèles d'accès rapide ont émergé dans les milieux hospitaliers pour inciter les patients à participer à un programme de traitement s'ils en ont besoin. Habituellement, ils facilitent l'accès rapide à la médecine des dépendances et de pharmacothérapie, et prévoient du soutien pour aider les patients à faire la transition vers des services et soutiens liés à l'usage de substances dans la collectivité.
- Des évaluations ont attesté l'efficacité des modèles d'accès rapide dans les hôpitaux pour mobiliser les patients et favoriser la rétention dans les programmes de traitement, et pour réduire le nombre de visites ponctuelles et répétées aux services d'urgence et d'hospitalisations. Des études préliminaires en Ontario attestent par ailleurs leur rentabilité.
- Des revues systématiques seront nécessaires avant de tirer quelque conclusion sur les caractéristiques des applications les plus favorables des modèles hospitaliers, et pour déterminer s'ils représentent une pratique exemplaire dans le continuum de soins.
- De nouvelles études sont aussi nécessaires pour comprendre les répercussions des modèles sur l'accès pour certaines populations particulières, y compris les plus vulnérables, et relever les autres conséquences, comme l'amélioration de la capacité à offrir des services de traitement liés à l'usage de substances dans le système de soins en général.



Modèles de services mobiles et d'approche dynamique

- Ces modèles visent à déployer des équipes ou des intervenants spécialisés dans les résidences et les milieux de vie des personnes qui présentent un risque élevé de consommation pour les inciter à obtenir un traitement, des services ou du soutien.
- Cette mobilisation s'inscrit dans un continuum allant de l'approche opportuniste à l'approche dynamique, l'approche de traitement communautaire dynamique étant la plus officielle, structurée et proactive.
- Au Canada, les normes s'appliquant aux équipes de traitement communautaire dynamique qui accompagnent des personnes présentant de graves troubles de santé mentale comprennent entre autres l'obligation que ses membres possèdent l'expertise nécessaire pour traiter les problèmes de consommation concomitants. Or, cette capacité semble varier d'une équipe à l'autre.
- Selon deux études, l'approche d'équipes de traitement communautaire dynamique spécialisées dans les problèmes liés à l'usage de substances favorise un accès plus rapide aux services de traitement et une meilleure rétention que les approches plus traditionnelles de prestation de services, dans lesquelles il n'y aurait pas de mobilisation.
- Les cliniques mobiles ayant suivi seulement quelques éléments du modèle officiel de traitement communautaire dynamique rapportent des résultats prometteurs en ce qui a trait à la mobilisation de membres de groupes marginalisés ayant des problèmes de consommation à prendre part à un traitement.
- Des études restent à faire sur les modèles de services mobiles et d'approche dynamique concernant les personnes ayant des problèmes de consommation, notamment pour comprendre dans quelle mesure il permet d'accéder rapidement aux services et soutiens liés à l'usage de substances.

Modèles de type Dépistage, évaluation, intervention rapide et orientation vers des traitements

- Les modèles de type Dépistage, évaluation, intervention rapide et orientation vers des traitements (DEIROT) permettent d'élargir le bassin de clientèle pour les traitements; ils comportent deux objectifs complémentaires. Le premier est de joindre un pourcentage accru de personnes dans le besoin, idéalement tôt dans leur parcours personnel d'usage de substances pour éviter les méfaits potentiels. Le second est d'accroître la mobilisation et de mieux arrimer les interventions relatives à l'usage de substances aux services spécialisés, au besoin.
- Des essais cliniques contrôlés auprès de personnes présentant des problèmes de consommation légers à modérés ont permis d'attester largement l'efficacité avec laquelle les modèles de type DEIROT peuvent permettre le repérage et la mobilisation précoce de nouveaux patients dans les milieux de soins primaires, et son applicabilité dans ces milieux. Par contre, on ne sait pas encore si ces résultats peuvent s'appliquer aux milieux de soins primaires actuels, vu le problème d'adhésion et de fidélité à ce modèle de prestation, et les différents obstacles à la mise en œuvre.
- Il est impossible de tirer une conclusion claire sur la capacité de ce type de modèle à améliorer l'accès aux services spécialisés liés à l'usage de substances et la participation à ces derniers



chez les personnes présentant de graves problèmes dépassant l'expertise et la capacité des milieux de soins primaires. D'autres essais cliniques seront nécessaires pour évaluer en particulier le volet d'orientation vers des traitements, comme résultat primaire, ainsi que les répercussions du modèle sur l'accès aux services pour des populations particulières.

- Vu la faible adhésion au modèle de type DEIROT dans les milieux de soins primaires, certains chercheurs estiment qu'un modèle de gestion des maladies chroniques serait plus approprié et efficace pour détecter les problèmes de consommation et donner accès de façon précoce à la vaste gamme de soutiens et de services fondés sur des données probantes offerts à l'interne.

Modèles de services intégrés pour les jeunes

- Les services intégrés pour les jeunes sont un mouvement pancanadien et international visant à accroître la participation et l'accès aux services intégrés et fondés sur des données probantes, adaptés aux besoins et aux préférences particuliers des jeunes et de leur famille.
- Habituellement, ces modèles réussissent à attirer beaucoup de jeunes dans les services, y compris ceux issus de groupes marginalisés, qui sont habituellement mal servis, et ceux affirmant que sans ces services, ils n'auraient pas pu obtenir des soins.
- Peu d'évaluations des modèles de services intégrés pour les jeunes visent à déterminer dans quelle mesure ils facilitent l'accès *rapide* aux services et aux soutiens. Un petit nombre d'initiatives disposant de mécanismes d'accès facile, comme le sans rendez-vous et l'accès direct, disent rencontrer des difficultés avec les délais d'attente.
- Si les modèles de services intégrés pour les jeunes s'inspirent de grands principes et éléments, ils diffèrent beaucoup d'un endroit à l'autre sur le terrain, et aucun d'entre eux n'a encore permis d'établir une pratique exemplaire. Une conclusion ressort des études réalisées à ce jour : d'autres recherches, évaluations et mesures du rendement sont nécessaires pour comprendre, entre autres, dans quelle mesure ces modèles facilitent l'accès *rapide* aux services et soutiens liés à l'usage de substances, au besoin.

Modèle d'accès centralisé et coordonné

- Les modèles d'accès centralisé et coordonné proposent une approche efficace à l'arrimage des services, dans la mesure où ils sont mis en œuvre au moyen de processus et d'outils normalisés, et évalués avec des indicateurs de mesure du rendement appropriés.
- Il est difficile de résumer les données probantes sur ce type de modèle en raison des différentes approches et des « ingrédients actifs » de chacun d'entre eux, des différences importantes dans la portée et le contexte communautaire, et des différentes méthodes employées pour en faire l'évaluation.
- Ces modèles ont un fort potentiel pour améliorer les systèmes de traitement en améliorant la coordination des services et l'accès à ces derniers. De nombreux modèles existants ont été structurés pour répondre aux préférences souvent exprimées par les clients et les familles, comme l'accessibilité à des guichets uniques et des services d'aide à la navigation du système. Par contre, leurs caractéristiques n'ont pas été suffisamment évaluées en fonction des clients et des familles. Les modèles d'accès centralisé et coordonné n'entraînent pas nécessairement de meilleurs résultats quant aux traitements. Outre les défis importants qu'ils posent pour la mise en œuvre, ils nécessitent un fort leadership et de solides partenariats, l'adhésion des intervenants et des ressources adéquates.



- L'accès centralisé et coordonné doit être complémentaire aux mesures prises pour veiller à ce que le système puisse répondre à la demande en offrant des services de traitement et de soutien fondés sur des données probantes qui soient efficaces et adaptés aux besoins. Il faut aussi suffisamment de flexibilité pour répondre à la hausse de demande de traitements que peut provoquer ce type de modèle.
- Il faudra procéder à l'évaluation précise des éléments nécessaires aux modèles d'accès centralisé et coordonné pour joindre des membres de populations marginalisées, comme les personnes itinérantes, les réfugiés et les nouveaux arrivants, et les personnes habitant en milieu rural ou en région éloignée.
- Il faut aussi porter attention aux besoins des personnes qui présentent des problèmes de consommation, avec ou sans trouble de santé mentale concomitant, puisque bon nombre des modèles émergents suscitent l'adhésion des services de santé mentale, qui ont une capacité ou des compétences limitées pour évaluer ou planifier le traitement de personnes ayant ce profil.

Sommaire et implications

Le présent examen vise avant tout à cibler, dans la littérature, les éléments centraux des modèles d'accès rapide pour les services de traitement liés à l'usage de substances. Cet objectif était particulièrement difficile à atteindre vu l'immense hétérogénéité des modèles, du contexte de leur mise en œuvre, des populations visées et des résultats observés. On constate aussi de graves lacunes dans la recherche en ce qui a trait au genre et à diverses populations. Nonobstant ces défis, voici les grands principes et les principales caractéristiques permettant de mettre l'accent sur les « ingrédients essentiels » des modèles d'accès rapide, en vue d'améliorer l'accès aux services de traitement liés à l'usage de substances :

- Examen minutieux de la population cible pour **veiller à répondre aux besoins sur l'ensemble du continuum de gravité et de complexité** du problème de consommation, en fonction des indicateurs de santé de la population;
- **Flexibilité** dans la façon d'accéder aux services et soutiens (p. ex. cliniques sans rendez-vous et services par téléphone, par Internet ou sur rendez-vous);
- **Capacité de mobilisation**, surtout pour les personnes présentant des problèmes graves ou complexes;
- **Accent sur le soutien à la transition** et la **coordination générale du réseau de services** en ce qui a trait aux éléments centraux de l'accès, notamment les transitions pour répondre à d'autres besoins que ceux liés à l'usage de substances (p. ex. soins de santé primaires et graves problèmes psychosociaux);
- **Capacité des équipes multidisciplinaires pour chacun des modèles** : intégration de spécialistes en santé mentale et dans le traitement des problèmes de consommation dans les équipes de traitement communautaire dynamique, ajout d'un volet de médecine des dépendances dans modèles d'accès utilisés dans les services de santé, recours à des équipes intégrées dans les carrefours de services, etc.;
- Inclusion de principes fondamentaux et de **pratiques fondées sur des données probantes pour le dépistage, l'évaluation et les soins par paliers** afin de multiplier les occasions d'intervention précoce et les liens avec les services, et ainsi contribuer à optimiser les résultats suivant l'évaluation initiale;



- Inclusion d'**indicateurs pour l'accès et pour les résultats** dans les cadres de mesure du rendement, avec des processus d'amélioration de la qualité intégrés afin de continuellement améliorer le programme, en fonction de la population servie;
- **Mobilisation active des principaux acteurs** dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation continue, notamment de personnes ayant un vécu en matière d'usage de substances.

Concernant le second objectif, les données probantes semblent indiquer que les modèles d'accès rapide abordés dans le présent document soit démontrent clairement une incidence positive sur l'accès aux services (p. ex. clinique d'accès rapide à la médecine des dépendances et carrefours de services pour les jeunes), soit présentent un potentiel clair pour l'améliorer (modèles de services mobiles et d'approche dynamique). Ils semblent aussi favoriser la mobilisation de personnes qui n'auraient normalement pas demandé de services liés à l'usage de substances. Enfin, de nouvelles données rendent compte de la rentabilité de certains de ces modèles (surtout les cliniques d'accès rapide à la médecine des dépendances), si on tient compte de leur incidence sur la réduction des hospitalisations et des visites aux urgences. Cependant, certaines questions subsistent concernant leur efficacité chez certaines populations, l'importance relative des éléments centraux des certaines initiatives, et leur incidence positive sur les résultats en matière de santé et le rendement du capital investi.

La capacité d'un modèle d'accès rapide à mobiliser les personnes présentant un problème de consommation et à les jumeler à un service adapté à leurs besoins sera toujours tributaire de l'accessibilité à ces services et de la disponibilité de personnel compétent dans chaque localité, et pour l'ensemble du continuum de soins. La planification et la mise en œuvre de modèles d'accès rapide nécessiteront donc une approche systémique ancrée dans une solide compréhension du *besoin* d'un continuum de services adaptés au degré de risques, de gravité, de complexité et de chronicité des problèmes de consommation et aux méfaits subis par différentes populations d'une région donnée, de *la portée et de l'accessibilité* de ces services, des compétences, de la formation et du soutien requis pour les offrir, et des *obstacles existants* pour y accéder rapidement.

Dans le même ordre d'idée, on ne connaît pas encore les répercussions à long terme de la pandémie de COVID-19 sur l'ensemble du réseau de services et de soutiens liés à l'usage de substances, surtout en ce qui a trait aux besoins et à la demande de services. La réponse à la pandémie a donné lieu à d'importantes innovations en matière de prestation de services assistée par la technologie, innovations susceptibles de s'intégrer à l'offre de façon permanente, au-delà de la pandémie. Ces changements auront des répercussions sur la planification des modèles visant à améliorer l'accès aux services et à répondre aux besoins en fonction du degré de risque et de gravité des différentes populations servies.

Des études et des évaluations axées sur l'incidence de ces modèles sur l'amélioration de l'accès rapide aux services liés à l'usage de substances sont nécessaires. Si possible, elles devront aussi traiter de la participation aux traitements et de l'intervention précoce, ainsi que de l'amélioration des résultats et de la rentabilité. Par ailleurs, il faudra travailler de façon concertée pour déterminer quels éléments des modèles multidimensionnels de prestation de services sont responsables de l'amélioration de l'accès, et ce, pour quelles populations. La question centrale à savoir « pour quelles populations » l'accès s'est amélioré devrait être un incitatif pour prévoir une évaluation de l'équité en matière de santé dans les initiatives de planification et d'élaboration de programmes. Cette question devrait aussi inspirer d'autres études et évaluations afin de comprendre les répercussions chez certaines populations – surtout pour les personnes de tous les genres et les groupes ethniques ou culturels, et les populations marginalisées – et les personnes ayant des problèmes de différents degrés de risques et de gravité avec ou sans troubles concomitants.



Le présent examen se limite à une analyse de la littérature publiée. Il est probable que des échanges avec des experts et des acteurs clés donneraient un éclairage plus nuancé, et un portrait plus juste des modèles d'accès rapide à l'échelle locale, notamment en ce qui concerne leurs répercussions, les défis de leur mise en œuvre et leur intégration dans la planification du système dans son ensemble. De nombreuses questions restent à explorer sur l'utilisation à long terme et la viabilité des options de services virtuels, dont plusieurs ont vu le jour récemment, en réponse à la pandémie de COVID-19. Outre les répercussions possibles de ces options sur l'accès aux services, l'étude devrait permettre d'évaluer celles qui sont susceptibles de s'arrimer aux services en personne, plutôt que de s'y substituer, la façon dont les données numériques sont intégrées au dossier des clients et aux systèmes de mesure du rendement, et, enfin, leur contribution aux résultats pour les clients et les familles.



1.0 Introduction

L'usage de substances, les troubles associés et les problèmes de santé mentale et physique connexes exercent une immense pression sur le système de santé et entraînent des coûts exorbitants pour la société. En 2017, l'usage de substances aurait coûté près de 46 milliards de dollars¹, la consommation d'alcool et de tabac comptant pour environ les deux tiers de ce montant (Groupe de travail scientifique sur les coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada, 2020). À l'échelle mondiale, la consommation d'alcool, généralement considérée comme l'un des principaux facteurs de risque de décès et d'invalidité (GBD 2016 Alcohol Collaborators, 2018; Manthey et coll., 2019), tend à plomber le produit national brut (PNB), un indicateur général de l'activité économique d'un pays (Skolnik, 2015).

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, et les administrations municipales tentent tant bien que mal de gérer ce fardeau, tout en continuant d'offrir des services et des soutiens directs aux personnes qui demandent de l'aide en raison d'une consommation à risque ou d'un trouble lié à l'usage de substances avec comorbidités. Selon la plus récente Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale (2012), 4,4 % des Canadiens de 15 ans et plus répondaient aux critères d'un trouble lié à l'usage de substances décrits dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV)*, avec d'importantes disparités entre les provinces et les territoires (Palay et coll., 2019). De plus, si la prévalence de l'usage de substances est généralement plus élevée chez les hommes, l'écart avec les femmes semble maintenant se resserrer (Statistique Canada, 2012).

Une grande partie de la population éprouve divers problèmes liés à l'usage de substances, sans toutefois répondre aux critères d'un trouble, ou consomme une quantité d'alcool ou de substances la mettant à risque d'en éprouver. Suivant une approche de santé globale de la population, Rush, Tremblay et Brown (2019) estiment qu'autant que 20 % de la population adulte canadienne serait à risque de vivre de tels problèmes, dont ceux décrits dans la définition de trouble lié à l'usage de substances du DSM-IV. Cette prévalence et celle déclarée dans d'autres enquêtes du genre tendent toutefois à être sous-estimées puisqu'elles excluent de nombreuses populations, comme les Autochtones habitant sur une réserve et les personnes résidant en établissement (p. ex. hôpital et établissement correctionnel) au moment de

Genre et traitement de la consommation de substances

On note d'importantes différences selon le genre chez les personnes qui obtiennent de l'aide pour des problèmes de consommation. Par exemple, les hommes qui s'inquiètent de leur consommation sont généralement moins susceptibles que les femmes de demander de l'aide à un professionnel de la santé (Harris et coll., 2016). En revanche, la transition d'une consommation non problématique à un usage dangereux et à des problèmes connexes tend à être plus rapide chez les femmes (Poole et Dell, 2005); pour cette raison, elles ont habituellement un profil clinique plus grave et davantage de problèmes médicaux, comportementaux et sociaux que les hommes, malgré leur historique de consommation plus récent et moins intense. Les mères et les femmes enceintes se butent quant à elles à des obstacles particuliers pour accéder à des services de traitement, comme la stigmatisation, le manque de ressources pour faire garder les enfants, un faible revenu, un réseau social restreint et la crainte de perdre la garde de leurs enfants (Canada FASD Research Network, 2014). Il importe donc, au moment de planifier la conception et la mise en œuvre de modèles d'accès rapide, de tenir compte de ces différences et d'autres particularités liées au genre.

¹ Ce montant exclut les coûts associés aux hospitalisations, aux chirurgies d'un jour et aux visites à l'urgence pour le Québec, d'où une probable sous-estimation d'environ 857 millions de dollars, ou 1,9 % du coût total.



l'enquête. Par ailleurs, de nombreuses études ont démontré qu'une grande proportion des personnes présentant un trouble lié à l'usage de substances ont aussi un trouble mental concomitant, et vice versa (Santé Canada, 2001). Par contre, le degré de gravité varie d'un groupe à l'autre. On note par exemple que ce genre de chevauchement serait beaucoup plus faible dans la population en général que chez les clients de services liés à l'usage de substances, pour lesquels les études relèvent un taux de trouble de santé mentale concomitant pouvant atteindre 80 % (Chan, Dennis et Funk, 2008).

Les troubles liés à l'usage de substances sont aussi fréquents chez les enfants et les adolescents. Waddell, Shepherd, Schwartz et Barican (2014) ont entre autres estimé cette prévalence à 2,4 %, à partir d'un groupage de données tirées d'un examen méta-analytique. Une autre étude, réalisée au Québec, a, pour sa part, démontré que cette prévalence pouvait atteindre 10 %, si on ajoutait la consommation à haut risque ou problématique de substances (Tremblay et coll., 2019). Ces rapports ne présentaient pas les différences en fonction du genre.

COVID-19

La pandémie de COVID-19 a eu une grande incidence sur l'usage de substances chez les Canadiens. Une récente enquête nationale commandée par le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances indiquait qu'un Canadien sur cinq estimait que sa consommation d'alcool avait augmenté – tant en quantité qu'en fréquence –, puisqu'il était plus souvent à la maison en raison de la pandémie (Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances et Nanos Research, 2020). On constate aussi ce changement dans la hausse des ventes des magasins d'alcool de partout au Canada (Seglins et Ivany, 7 avril 2020). Cette conclusion concorde aussi avec les conclusions d'une récente revue systématique démontrant une hausse de la consommation d'alcool et des symptômes de sevrage dans la population générale pendant et après les pandémies, dont celle de la COVID-19 (Rose et coll., 2020).

Par ailleurs, la COVID-19 a contribué à l'aggravation de l'épidémie de surdoses au Canada. En mai 2020, la Colombie-Britannique déclarait, pour un seul mois, 170 décès par surdose, un nombre record pour la province, et plus de 167 décès attribuables à la COVID-19. En Ontario, le nombre de décès attribuable à une surdose a augmenté de 25 % durant la pandémie de COVID-19, alors qu'en Alberta, le nombre d'appels aux services médicaux d'urgence attribuables aux opioïdes a plus que doublé de mars à mai 2020 (Kapelos, 14 juin 2020).

Nous ne savons pas encore si ces changements dans les habitudes de consommation durant la pandémie se traduiront par une hausse à long terme du besoin de services de traitement et de soutien liés à l'usage de substances, mais ils auront clairement servi à mettre en lumière les lacunes dans le continuum de services et de soutiens pour les personnes ayant un problème lié à l'usage de substances ou qui en subit les méfaits. C'est pourquoi il est plus important que jamais de proposer des modèles qui améliorent l'accès et la mobilisation, quel que soit le degré de risques et de gravité des problèmes, et qui prévoient l'accès à des outils d'autocontrôle efficaces. D'autres études et initiatives de surveillance à l'échelle de la population sont nécessaires pour évaluer cette réaction rapide et factuelle aux épidémies, dans l'optique des systèmes de traitement (Rose et coll., 2020).

Bien que la prévalence après 12 mois des troubles liés à l'usage de substances établie dans le DSM-IV soit plutôt élevée – encore plus si on prend en compte la prévalence pour toute la vie et pour les personnes présentant des difficultés moindres, quoiqu'éprouvantes –, on note un taux anormalement bas de personnes qui accèdent à des services de traitement ou de soutien (Kohn, Saxena, Levav et Saraceno, 2004), particulièrement chez les hommes (Harris et coll., 2016; Reavley, Cvetkovski, Jorm et Lubman, 2010; voir aussi la barre latérale), et même chez les personnes qui présentent de graves difficultés, comme des idées ou un plan suicidaires et des besoins non satisfaits (Pagura, Fotti, Katz et Sareen, 2009; Sunderland et Findlay, 2013). Dans leurs travaux, Urbanoski, Inglis et Veldhuizen (2017) indiquent que seuls 11,5 % des adultes canadiens présentant



un trouble lié à l'usage de substances ont accédé à un service d'aide officiel pour ce problème. Malgré le faible taux d'hommes qui demandent de l'aide, ce sont pourtant eux qui ont accédé à la majorité des services publics de traitement de la consommation en 2014–2015, au Canada, ce qui reflète la prévalence plus forte de ces troubles chez les hommes que chez les femmes (McQuaid, Di Giacchino et Groupe de travail sur les indicateurs nationaux de traitement, 2017).

Chez les adultes canadiens présentant un trouble lié à l'usage de substances, jusqu'à 25 % déclarent que leurs besoins de soutien sont insatisfaits (Sunderland et Findlay, 2013). Même dans les sous-populations où les problèmes liés à l'usage de substances sont notablement fréquents – comme les personnes sans abri ou logées de façon précaire – les demandes d'aide concernant une vaste gamme de besoins demeurent faibles (Palepu et coll., 2013).

Par ailleurs, les adolescents sont moins susceptibles que les adultes de demander de l'aide ou de chercher un traitement par eux-mêmes. Comme ils n'ont pas de lourds antécédents de consommation de drogues et qu'ils bénéficient de la protection relative de leurs parents et de la société en général (p. ex. écoles), ils n'ont possiblement pas encore subi de graves conséquences; or, la motivation à changer ou à s'engager dans un traitement pourrait être liée à l'importance de ces conséquences (Breda et Heflinger, 2004). De plus, il est possible qu'ils aient plus de difficulté que les adultes à observer leur comportement – y compris les causes et les conséquences de leurs actions – avec suffisamment de recul pour comprendre qu'ils ont besoin d'aide. Aux États-Unis, seuls 17 % des jeunes âgés de 12 à 17 ans qui auraient besoin d'un traitement lié à leur usage de substances reçoivent des services (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2019). Ces chiffres se comparent assez bien avec ceux d'une étude canadienne qui démontrait que moins de 25 % des enfants et des jeunes qui présentent un trouble mental important – y compris des troubles liés à l'usage de substances – accèdent à des services spécialisés (Waddell, McEwan, Shepherd, Offord et Hua, 2005).

Pour ce qui est des troubles liés à l'usage d'opioïdes, les décès par surdose ont atteint des proportions épidémiques au Canada. Par exemple, de janvier 2016 à décembre 2019, on leur attribuerait plus de 15 390 décès et 19 377 hospitalisations pour intoxication. En outre, les données de 2019 des services médicaux d'urgence de 9 des 13 provinces et territoires (gouvernement du Canada, 2020) font état de plus de 21 000 surdoses d'opioïdes soupçonnées. Bien qu'on ne sache pas pour l'instant combien de personnes présentant un trouble lié à l'usage d'opioïdes sont actuellement en traitement au Canada, les données actuelles des États-Unis semblent indiquer que le taux serait assez bas. Par exemple, Madden et ses collaborateurs (2018) relèvent des études démontrant que de 2000 à 2013, le nombre estimé de personnes présentant

Accès aux services de santé

L'accès est une notion complexe qui a été interprétée de différentes façons. L'Organisation mondiale de la Santé définit l'accès aux soins de santé comme « la fourniture continue et organisée de soins qui soient géographiquement, financièrement, culturellement et fonctionnellement à la portée de la communauté tout entière. Les soins doivent répondre quantitativement et qualitativement aux besoins de santé essentiels des gens et doivent être assurés par des méthodes qui leur soient acceptables. » (1978, p. 65).

Le Collège des médecins de famille du Canada, pour sa part, définit l'accès comme la capacité pour une personne de recevoir les soins et les services dont elle a besoin, bien au-delà de la couverture d'assurance et de la capacité de payer pour les services, mais touchant plutôt à l'accessibilité et à l'acceptabilité des services, au respect des cultures, à l'emplacement, aux heures d'ouverture, aux besoins en transport, aux coûts et à d'autres facteurs (2007).



un trouble lié à l'usage d'opioïdes aux États-Unis ayant reçu un traitement dans l'année précédente serait seulement de 21 %, et de 15 à 20 % pour les traitements médicamenteux².

Technologies et accès aux services liés à l'usage de substances

Le recours aux technologies semble très prometteur en vue d'élargir les services liés à l'usage de substances et d'en améliorer l'accessibilité. Pensons entre autres aux plateformes numériques pour cerner les problèmes de consommation et favoriser l'autocontrôle dans les milieux de soins primaires, à la télémédecine permettant la prestation de services directe et la consultation entre fournisseurs de services, et au dossier médical électronique favorisant l'échange d'information au sein du cercle de soins pour améliorer la coordination et l'intégration des services.

Avant la pandémie de COVID-19, le Canada n'avait pas encore pleinement exploité le potentiel qu'offraient les technologies dans le vaste système de soins de santé, particulièrement le recours à la télémédecine (Owens, 2018), sauf dans certaines régions – comme en région rurale et dans le nord de l'Ontario –, où le Réseau Télémédecine Ontario les a mis de l'avant (O'Gorman, Hogenbirk et Warry, 2016). Des îlots d'innovation ont toutefois vu le jour, notamment dans le secteur des services liés à l'usage de substances. Par exemple, la télémédecine est de plus en plus utilisée pour les traitements par agonistes opioïdes, et semble même favoriser une meilleure rétention chez les clients que les traitements en personne (Eibl et coll., 2017). Par ailleurs, le projet ECHO (*Extension for Community Healthcare Outcomes*), un modèle d'éducation virtuelle mis en place en Colombie-Britannique et en Ontario, a aussi contribué à accroître la participation des médecins dans les traitements liés à l'usage de substances, particulièrement pour les opioïdes (Komaromy et coll., 2016).

En raison de la pandémie, de nombreux organismes de traitement lié à l'usage de substance de partout au Canada ont dû se tourner rapidement vers les technologies pour continuer d'offrir leurs services et soutiens. L'Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances a publié un guide pratique national sur le recours à la télémédecine pour le traitement des troubles liés à l'usage de substances qui modifiait entre autres les règles de prescription de sorte que les intervenants puissent confirmer la dose prise de façon virtuelle (Bruneau et coll., 2020). On ne sait pas encore quelles seront les répercussions de ces changements – apportés par nécessité – sur la qualité des services et leur accessibilité. Ce qui est clair, c'est que la COVID-19 a poussé l'ensemble des Canadiens vers les services virtuels et, ce faisant, leur a donné l'occasion de vérifier leur aisance et leur capacité à s'adapter. Elle a possiblement aussi ouvert la porte à des innovations technologiques qui contribueront à améliorer l'accès aux services liés à l'usage de substances bien après la fin de la pandémie. Le cas échéant, nous devons déterminer quels groupes profitent le plus de ces innovations, et pourquoi elles ne fonctionnent pas pour d'autres. Ce type de question devrait idéalement être étudié dans le contexte d'un vaste cadre d'évaluation, qui examinera aussi, par exemple, l'acceptabilité, la convivialité et l'efficacité des différentes options virtuelles – qui s'arrimeraient aux services en personne plutôt que de s'y substituer – en vue d'améliorer la prestation des soins et leur accessibilité, la façon d'intégrer les données numériques au dossier des clients et aux systèmes de mesure du rendement, et enfin, leur contribution aux résultats pour les clients et les familles (Quintana et Torous, 2020).

De nombreux facteurs contribuent à la faible couverture des traitements, comme l'impression de pouvoir gérer par soi-même la situation, les préjugés associés au fait de demander et d'obtenir de l'aide et d'admettre ses problèmes, et les expériences négatives vécues avec des services d'aide (McQuaid et coll., 2017; Urbanoski et coll., 2017). Surtout, les services liés à l'usage de substances peuvent être géographiquement accessibles, mais ne pas suffire à la demande ou n'offrir qu'une gamme limitée d'options, ce qui peut entraîner d'importants délais d'attente, ou n'être carrément pas offerts. Parfois, les services sont jugés inaccessibles parce qu'ils s'adressent seulement à

² Il n'existe pas de données canadiennes sur la couverture des traitements des troubles liés à l'usage d'opioïdes, mais celle-ci fait actuellement l'objet d'études en Ontario.



certains groupes (p. ex. hommes ou adultes seulement) ou que l'emplacement ou les heures de service posent problème pour le transport, la garde des enfants et les coûts. Il est possible aussi qu'aucun service culturellement adapté ne soit offert aux Autochtones (Urbanoski, 2017).

Un constat important relevé assez souvent dans les études est que les personnes qui ont des difficultés liées à l'usage de substances accèdent à une diversité de services, dont des services spécialisés comme les programmes de traitement et de prise en charge du sevrage, ou de suivi médical ou psychiatrique, ainsi que des services généraux comme ceux offerts par les médecins de premier recours, les psychologues et les conseillers familiaux (Cohen, Feinn, Arias et Kranzler, 2007; Urbanoski et coll., 2017). On retrouve aussi souvent cette clientèle dans les milieux hospitaliers, comme dans les services d'urgence, particulièrement en présence de troubles concomitants (Institut canadien d'information sur la santé, 2013; Kêdoté, Brousselle et Champagne, 2008). Comme nous le verrons plus loin, ce lien avec le système médical offre une occasion en or pour cerner les problèmes de consommation, intervenir de façon précoce pour réduire les risques et les méfaits, et orienter les personnes vers des services spécialisés et intensifs, au besoin.

Par ailleurs, il faut souligner que les améliorations apportées à l'accessibilité des services liés à l'usage de substances contribuent à améliorer les autres résultats. Dans leurs travaux auprès des jeunes de la rue, DeBeck et ses collaborateurs (2016) ont examiné le lien entre l'incapacité à obtenir des services de traitement liés à l'usage de substances et l'initiation aux drogues injectables. Des 462 participants n'ayant pas jamais pris de drogues injectables au départ, 97 (21 %) ont commencé à en consommer durant la période de suivi de l'étude, et 129 (28 %) ont indiqué avoir tenté sans succès d'obtenir des services liés à l'usage de substances dans les six mois précédents, à un moment ou à un autre de la période d'étude. Cette difficulté était principalement attribuable au fait d'avoir été placé sur une liste d'attente. L'analyse indiquait aussi que l'incapacité à obtenir un traitement entraînait une accélération de l'initiation aux drogues injectables. Dans leur étude, Butler et Swanton (2008), à l'instar de nombreuses études antérieures (Ball et Ross, 1991; Greenfield, Brady, Besteman et De Smet, 1996; Condelli, 1993; Hubbard et Jordan, 1989), démontraient que l'accessibilité augmentait les chances que les consommateurs de substances s'engagent dans un traitement et le terminent.

Les obstacles à l'accès rapide aux services appropriés sont un problème pancanadien. Dans les 20 dernières années, sinon plus, l'amélioration de l'accès aux services liés à l'usage de substances, y compris pour les personnes ayant des troubles concomitants, est un thème récurrent des principaux rapports nationaux – dont ceux du Groupe de travail sur la stratégie nationale sur le traitement du Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (2008) et de la Commission de la santé mentale du Canada (2017) – ainsi que des récents plans stratégiques des provinces et territoires, par exemple : Manitoba (VIRGO Planning and Evaluation Consultants Inc., 2018), Terre-Neuve-et-Labrador (comité multipartite sur la santé mentale et la dépendance, 2017), Nouvelle-Écosse (publication du gouvernement, 2019), Ontario (publication du gouvernement, 2011) et Saskatchewan (Stockdale Winder, 2014). L'accessibilité des services est maintenant vastement reconnue comme étant une des principales dimensions de l'amélioration de la qualité et des cadres de mesure du rendement (Urbanoski et Inglis, 2019).

En bref, malgré la grande prévalence des troubles liés à l'usage de substances et des méfaits connexes chez les adultes et les jeunes canadiens et ses répercussions sur le système de santé et l'économie, on note un taux anormalement bas de personnes qui accèdent à des services spécialisés de traitement ou de soutien pour un problème de consommation. De plus, bon nombre de ceux qui y accèdent indiquent que leurs besoins n'ont pas été satisfaits. Par contre, un grand nombre de Canadiens obtiendraient de l'aide dans d'autres secteurs de la santé et des services sociaux. Cette situation offre une belle ouverture et est un argument de taille pour tenter d'intégrer



les services de traitement et de soutien liés à l'usage de substances dans ces secteurs afin de pouvoir intervenir sur le vaste éventail des risques et des méfaits. Cette vision d'un système global et intégré est l'une des principales recommandations de la stratégie nationale sur le traitement de la consommation de substances (Groupe de travail sur la stratégie nationale sur le traitement, 2008), particulièrement avec son modèle à plusieurs niveaux visant à organiser un continuum de services et de soutiens en fonction de la gravité, de la chronicité et de la complexité des problèmes.

Le constat de ces problèmes continus d'accès et de la nécessité d'une meilleure intégration au vaste secteur de la santé et des services sociaux a entraîné la création d'une foule de modèles visant à faciliter l'accès rapide aux services et soutiens liés à l'usage de substances à différents endroits au Canada, comme des programmes d'accès rapide à la médecine des dépendances, des carrefours de services pour les jeunes, des modèles d'accès centralisé ou coordonné et différents modèles cherchant à intégrer les services et soutiens liés à l'usage de substances dans des milieux de soins qui constatent souvent ces problèmes (soins primaires, services d'urgence, etc.). Par ailleurs, ces modèles sont mis en œuvre à un moment où beaucoup de provinces et territoires revoient en profondeur leur système de santé et envisagent de nouvelles voies d'intervention pour se préparer à la possible vague de demandes de services et soutiens liés à l'usage de substances suivant la pandémie de COVID-19. Bien que ce ne fût pas l'intention de départ du présent examen, la réflexion sur la capacité de ces modèles à améliorer l'accès à ce type de service pourrait contribuer à améliorer la réponse à la pandémie, notamment dans l'éventualité d'une deuxième vague.

Le présent rapport porte sur la nature de ces modèles et les études examinant leur efficacité.

1.1 Objectif du présent examen

Le présent examen vise à recenser et à résumer les connaissances actuelles, à partir du corpus scientifique, avec pour objectif ce qui suit :

1. Définir les principales caractéristiques des différents modèles d'accès rapide conçus pour faciliter l'accès aux services de traitement liés à l'usage de substances et la participation à ces derniers;
2. Déterminer dans quelle mesure ces modèles ont permis d'améliorer l'accès aux services.

Il s'adresse à un large public, notamment les décideurs, les planificateurs du système, les fournisseurs de services et les chercheurs.



2.0 Méthodologie

2.1 Portée : définir le concept d'« accès rapide »

Avant de déterminer quels modèles devaient faire l'objet de l'examen, il fallait clarifier le concept d'accès, et plus particulièrement d'« accès rapide ». L'accès est une caractéristique multidimensionnelle des systèmes de santé, y compris ceux axés sur le soutien et le traitement liés à l'usage de substances. Voici certaines des dimensions de l'accès pouvant être plus ou moins influencées par différentes caractéristiques d'un modèle d'accès rapide (Levesque, Harris et Russell, 2013):

- **Facilité d'approche** : Les personnes ayant des besoins en matière de soins de santé savent que les services existent et qu'ils ont une incidence sur leur santé; le client doit se rendre compte qu'il a besoin de soins et les services doivent faire preuve de transparence et renseigner le client sur les traitements et soutiens et les activités d'approche active disponibles.
- **Acceptabilité** : Les clients acceptent différents aspects d'un service et estiment qu'ils sont adéquats; influencé par les valeurs personnelles, professionnelles et sociales, la culture, le genre et l'autonomie.
- **Accessibilité et adaptation** : Il est possible d'obtenir rapidement des services de santé; des caractéristiques (installations, contexte communautaire, prestataires de services et modes de prestation, mobilité individuelle, transport, mobilité professionnelle et connaissance des services) influent sur la disponibilité.
- **Abordabilité** : Les clients sont en mesure de payer pour les services; fait référence à la capacité économique des gens à payer pour les services.
- **Pertinence** : Il y a correspondance entre les services et les besoins des clients, et le processus pour orienter les clients vers les services appropriés est rapide et efficace; les clients doivent être capables de prendre des décisions relatives à leur traitement.

Le concept d'accès « rapide » repose essentiellement sur le temps qu'il faut pour recevoir un service. Comme pour l'accès en général, il peut s'incarner de différentes façons, qui exigent chacune des stratégies et considérations distinctes. Parmi les interprétations les plus populaires de l'accès rapide, notons un premier contact plus rapide que la norme avec le service (p. ex. temps d'attente inférieur au temps habituel du programme ou du secteur). Il est possible d'appuyer cet objectif par différentes stratégies : augmenter le nombre de fournisseurs de services dans les collectivités et les intégrer à différents milieux, faciliter le processus d'admission et élargir les critères d'admissibilité des services, etc.

Le terme « rapide » signifie aussi la rapidité avec laquelle une personne accède à une intervention pertinente après le premier point de contact. On peut penser par exemple à une personne qui éprouve des problèmes légers et qui accéderait à des services dans un établissement hors du secteur spécialisé (p. ex. cliniques de soins primaires, écoles). Il est possible d'appuyer cet objectif avec des innovations permettant de dépister de façon proactive les risques et les difficultés liés à l'usage de substances, et à orienter rapidement les personnes vers les services appropriés, en fonction de critères précis. L'accès rapide peut aussi se traduire par la facilité de se faire réadmettre dans un service de traitement ou de faire une transition vers ce dernier ou tout autre réseau de service après avoir reçu des services une première fois. Cette interprétation souligne la nécessité d'établir des stratégies pour faciliter les transitions, comme un service de gestion des cas.



Deux autres notions s'avèrent pertinentes pour les modèles visant à accélérer l'accès aux services et aux soutiens liés à l'usage de substances. La première est la mesure dans laquelle les personnes reconnaissent avoir besoin d'aide et sont motivées à établir un premier contact avec un service. Cette notion s'articule autour de l'importance des stratégies de mobilisation, comme la sensibilisation visant à orienter davantage de personnes vers les services. Ensuite, dans la même lignée, les innovations visant à susciter la motivation et la rétention une fois que les clients participent à un service, innovations qui sont essentielles puisque la rétention est un indicateur clé de la réussite d'un traitement (Hser, Evans, Huang et Anglin, 2004; Zhang, Friedmann et Gerstein, 2003).

Les soins en collaboration et autres formes de prestation de services intégrés dans divers milieux (p. ex. soins primaires, services de santé mentale, logements avec services de soutien, services de réduction des méfaits) sont aussi riches de promesses pour l'amélioration de l'accès à des services liés à l'usage de substances pertinents, notamment à des services de soutien et de traitement (Comité directeur du projet collaboratif en toxicomanie et en santé mentale, 2015). Cependant, comme le corpus sur le sujet est vaste et diversifié, il a été décidé d'exclure les formes de prestation de services intégrés.

Les définitions ci-dessus et les notions connexes ont mené au choix de cinq modèles d'accès rapide, qui représentent un « ensemble » de mécanismes visant à améliorer l'accès, comme nous l'avons décrit plus haut. Voici les cinq modèles retenus :

- Modèles hospitaliers
- Modèles de services mobiles et d'approche active
- Modèles de type Dépistage, évaluation, intervention rapide et orientation vers des traitements
- Modèles de services intégrés pour les jeunes
- Modèles d'accès centralisé et coordonné

2.2 Stratégie de recherche

Le corpus ayant servi à la rédaction du présent examen rapide a été constitué au moyen de recherches dans des bases de données scientifiques, de recherches générales sur Internet (Google), de recherches manuelles dans la bibliographie de documents pertinents et, pour quelques documents, d'échanges avec un expert clé. Voici la liste des bases de données scientifiques consultées : MEDLINE, Embase, CINAHL, PsycINFO et Google Scholar. Les recherches ont été effectuées avec des termes comme « screening brief intervention referral » [dépistage intervention rapide orientation], « mobile », « outreach » [travail de proximité], « integrated youth services » [services intégrés pour les jeunes], « youth service hubs » [carrefours de services pour les jeunes], « rapid access » [accès rapide], « assertive community treatment » [traitement communautaire dynamique] et « assertive outreach » [approche dynamique], en combinaison avec « addiction [dépendance] ou « substance use » [usage de substances]. Elles se limitaient aux publications de langue anglaise publiées en 2000 ou après.

La littérature accessible variait d'un modèle à l'autre. Pour le modèle Dépistage, intervention rapide et orientation vers le traitement, le modèle d'accès rapide le mieux établi et qui fait l'objet du plus grand nombre d'études, il était possible de résumer la littérature à partir de revues systématiques et de méta-analyses. Des revues systématiques ont aussi été utilisées pour les carrefours de services pour les jeunes, bien que le corpus soit moins volumineux.



3.0 Modèles d'accès rapide

3.1 Modèles hospitaliers

Points clés

- Les troubles liés à l'usage de substances, souvent observés dans les hôpitaux, sont associés à des séjours plus longs en établissement et à des hospitalisations répétées.
- Des modèles d'accès rapide ont émergé dans les milieux hospitaliers pour inciter les patients à participer à un programme de traitement s'ils en ont besoin. Habituellement, ils facilitent l'accès rapide à la médecine des dépendances et de pharmacothérapie, et prévoient du soutien pour aider les patients à faire la transition vers des services et soutiens liés à l'usage de substances dans la collectivité.
- Des évaluations ont attesté l'efficacité des modèles d'accès rapide dans les hôpitaux pour mobiliser les patients et favoriser la rétention dans les programmes de traitement, et pour réduire le nombre de visites ponctuelles et répétées aux services d'urgence et d'hospitalisations. Des études préliminaires en Ontario attestent par ailleurs leur rentabilité.
- Des revues systématiques seront nécessaires avant de tirer quelque conclusion sur les caractéristiques des applications les plus favorables des modèles hospitaliers, et pour déterminer s'ils représentent une pratique exemplaire dans le continuum de soins.
- De nouvelles études sont aussi nécessaires pour comprendre les répercussions des modèles sur l'accès pour certaines populations particulières, y compris les plus vulnérables, et relever les autres conséquences, comme l'amélioration de la capacité à offrir des services de traitement liés à l'usage de substances dans le système de soins en général.

En 2018, plus de 450 Canadiens étaient hospitalisés chaque jour en raison de méfaits liés à l'alcool ou la drogue : ce nombre est supérieur aux hospitalisations attribuables aux accidents vasculaires cérébraux et aux crises cardiaques combinés (Institut canadien d'information sur la santé, s.d.). Le taux d'hospitalisations en raison de méfaits liés à l'usage de substances semble d'ailleurs être sur une pente ascendante. En effet, en 2018–2019, 505 Canadiens sur 100 000 ont été hospitalisés, alors que ce nombre était de 477 en 2017 – (Institut canadien d'information sur la santé, s.d.). L'augmentation est plus marquée chez les femmes (7 %) que chez les hommes (5 %), bien que ces derniers comptent toujours pour environ deux tiers des séjours à l'hôpital. La moitié de ces séjours sont toujours attribuables à l'alcool, mais ceux associés à d'autres substances sont en hausse. Entre 2017–2018 et 2018-2019, le nombre d'hospitalisations attribuables à la consommation de stimulants du système nerveux central a augmenté de 23 %, celles associées à la consommation de cannabis, de 11 %, et à la consommation de cocaïne, de 10 %.

Chez les jeunes de 10 à 24 ans, 1 séjour à l'hôpital sur 20 serait attribuable à l'usage d'une substance (Institut canadien d'information sur la santé, 2019a). Contrairement aux adultes, chez qui les hommes sont plus souvent hospitalisés que les femmes, les filles compteraient pour 2 séjours sur 3 (Institut canadien d'information sur la santé, 2019b).

Les patients qui consomment des substances sont plus susceptibles de visiter fréquemment les services d'urgence (Hann et coll., 2020) et tendent à séjourner plus longtemps dans ce type de service qui exige beaucoup de ressources (Brubacher et coll., 2008; Hann et coll., 2020). Selon l'Institut canadien d'information sur la santé (2020), 1 Canadien sur 10 qui se rend dans un service



d'urgence pour obtenir de l'aide en raison d'un problème de santé mentale ou lié à l'usage de substances, voire des deux, le fait quatre fois dans une année. Les personnes présentant les deux problèmes qui consultent pour cette raison comptent pour près de la moitié des visites fréquentes aux services d'urgence, contre 32 % et 19 %, respectivement, pour celles qui présentent uniquement un problème de santé mentale ou de consommation. Comme pour les hospitalisations, les hommes sont plus susceptibles que les femmes de visiter fréquemment les services d'urgence en raison de leur consommation, alors que c'est l'inverse chez les jeunes garçons et filles.

Les hospitalisations et les visites fréquentes aux services d'urgence pourraient être un indicateur que les personnes qui ont des problèmes de consommation ne reçoivent pas les services ou le soutien dont elles ont besoin dans leur collectivité (Institut canadien d'information sur la santé, 2019c). Les hôpitaux et les services d'urgence peuvent donc jouer un rôle essentiel pour les orienter vers des services de traitement et de soutien liés à l'usage de substances, au moment où leur motivation est au plus fort et qu'elles sont prêtes à faire la transition vers des services dans leur collectivité.

Une récente étude canadienne a permis d'établir la nécessité de mettre sur pied une clinique de lutte contre la toxicomanie à accès rapide dans un centre tertiaire de traumatologie en milieu urbain de l'Alberta (Hann et coll., 2020). Durant les 10 semaines que durait l'étude, le service d'urgence aurait dirigé en moyenne 4,3 patients par jour vers la clinique, un nombre considérable si on pense que le centre a servi en moyenne 185 adultes uniques par jour en 2018. Comme l'étude ne recourait pas à un processus officiel pour dépister les troubles liés à l'usage de substances, les chercheurs ont souligné la probabilité que certains patients admissibles soient passés entre les mailles du filet et que la nécessité d'une telle clinique soit en fait sous-estimée, pointant vers un problème de santé publique grandissant (p. 176).

L'étude présentait de solides arguments en faveur d'une mobilisation rapide des patients pour les orienter vers des services de traitement lié à l'usage de substances lorsqu'ils se présentent dans un hôpital ou un service d'urgences pour obtenir des soins. Malheureusement, ces derniers n'offrent habituellement pas ces services et peinent à faire le lien entre les patients et les services liés à l'usage de substances après leur avoir accordé leur congé (Hann et coll., 2020). Cette situation et le besoin qu'elle sous-tend expliquent l'émergence des modèles d'accès rapide. Au Canada, suivant les résultats probants de projets pilotes réalisés dans le cadre du projet META:PHI (mentorat, éducation et outils cliniques en toxicomanie : intégration des soins hospitaliers et primaires) décrit ci-dessous, l'Ontario a réussi à mettre sur pied 46 cliniques d'accès rapide à la médecine des dépendances financées par les deniers publics. De telles cliniques ont aussi été établies au Manitoba (publication du gouvernement, 2018). La prochaine section présente les données scientifiques actuelles sur les modèles d'accès rapide mis en œuvre aux États-Unis et au Canada.

Données probantes

Différents modèles d'accès rapide ont été mis à l'essai aux États-Unis et au Canada. Ces modèles varient quant à leur portée, à l'intensité des services, aux processus utilisés pour faciliter l'accès aux services et aux milieux où les services sont offerts. O'Toole, Pollini, Ford et Bigelow (2007) ont mené un essai clinique non randomisé pour déterminer si une intervention dans un hôpital de jour où sont intégrés des services de soins médicaux et de traitement lié à l'usage de substances contribuerait à réduire le nombre de visites subséquentes aux services d'urgence, la participation dans des soins ambulatoires et le nombre de réhospitalisations. Outre les services liés à l'usage de substances, l'hôpital de jour a fourni des soins médicaux primaires et spécialisés, et offert un accès à une gamme de services de santé. Les patients qui participaient à l'étude étaient dirigés soit vers une intervention à l'hôpital de jour (n = 63) soit vers les soins habituels (n = 327), et les membres des



deux groupes étaient orientés vers un service externe de traitement lié à l'usage de substances suivant leur congé. Ceux de la première catégorie étaient beaucoup moins susceptibles que ceux de la deuxième de revenir au moins trois fois au service d'urgences, et plus susceptibles de faire au moins une visite dans un service de soins ambulatoires. On constatait les résultats inverses lorsqu'on comptabilisait les données sur les patients qui ne terminaient pas le programme. Aucune analyse comparative fondée sur le genre n'a été faite.

Par ailleurs, une vaste initiative a été mise en œuvre en Oregon afin d'offrir des services de consultation en médecine des dépendances aux hôpitaux de partout dans l'État. L'équipe IMPACT (*Improving Addiction Care Team*) offre des services de médecins spécialisés dans le traitement des dépendances, de travailleurs sociaux et de pairs s'étant rétablis d'un problème de consommation. Les patients qui présentent des troubles liés à l'usage de substances confirmés ou soupçonnés sont dirigés vers l'équipe IMPACT par le personnel des services médicaux ou chirurgicaux aux malades hospitalisés et les travailleurs sociaux de l'hôpital. Le programme s'adresse aux patients ayant un trouble lié à l'usage de substances – sauf s'il s'agit de tabac uniquement – sans égard à leur disposition à changer ou à leur intérêt à l'égard d'un traitement. Les patients ont accès à une pharmacothérapie, à des services de traitement comportemental et d'aide à la réduction des méfaits, et à des services d'aide à la transition et de planification du congé, facilités par un processus d'orientation vers les ressources de soins dans la collectivité (Englander, Mahoney et coll., 2019). Des travailleurs de proximité internes – des employés de services communautaires de traitement liés à l'usage de substances qui réalisent des évaluations directement dans les hôpitaux en vue d'effectuer un triage et de coordonner les soins dans l'ensemble du système – facilitent aussi la transition (Englander et coll., 2017).

Dans le cadre d'une évaluation à l'échelle de l'État, Englander, Dobbertin et leurs collègues (2019) ont constaté que les patients qui ont reçu les services de l'équipe IMPACT (n = 208) s'engageaient davantage dans les traitements liés à l'usage de substances que ceux ayant un profil similaire, mais n'ayant pas reçu ses services (38,9 % c. 23,3 %). Aucune différence fondée sur le genre n'a été signalée pour ce point. Par contre, comme la prévalence des troubles liés à l'usage de plusieurs substances était élevée dans l'étude, il était difficile de déterminer les répercussions du programme pour les personnes ayant des troubles distincts. Il était possible de comparer deux groupes : 1) les patients ayant un trouble lié à l'usage d'opioïdes et 2) les patients ayant d'autres troubles liés à l'usage de substances, dont l'alcool et les stimulants. Les patients de la première catégorie avaient plus de chances de s'engager dans un traitement que ceux de la deuxième. Les chercheurs ont avancé l'hypothèse selon laquelle cette différence serait attribuable à une meilleure acceptation et efficacité des médicaments pour les troubles liés à l'usage d'opioïdes que ceux pour les troubles liés à d'autres substances, en particulier la méthamphétamine.

Koser, Weiner, Suzuki et Price (2019) ont décrit les répercussions d'une clinique « transitoire » spécialisée en usage de substances située à proximité d'un service d'urgence de Boston (Massachusetts), après sa première année d'activités. Celle-ci offre un accès facile et rapide à un premier traitement – y compris au traitement par agonistes opioïdes (buprénorphine) –, pour ensuite assurer la transition vers des soins à long terme. Le personnel se compose d'un médecin pouvant prescrire une pharmacothérapie et d'un spécialiste des ressources pouvant diriger les patients vers des services sociaux et des accompagnateurs pour leur rétablissement. Durant cette première année, les trois quarts (75 %) des 325 patients dirigés vers la clinique s'y sont présentés au moins une fois. De ce nombre, 54 % ont activement participé aux services offerts, 35 % ont été dirigés vers d'autres établissements et 11 % ont été perdus de vue. Sur un échantillon de 98 patients pour lesquels on disposait de données sur les six mois avant et après qu'ils aient été orientés vers la



clinique, le nombre de visites à l'urgence et d'hospitalisations a diminué de 45 % et 37 %, respectivement. Aucune analyse comparative fondée sur le genre n'a été faite.

Enfin, Blanchette-Martin et ses collègues (2016) ont décrit le parcours de traitement de patients de trois hôpitaux de la province de Québec qui ont reçu une brève intervention d'une infirmière de liaison en dépendance, qui les a ensuite orientés vers un traitement. Ces services sont offerts aux patients de différents services d'un hôpital, dont le service d'urgence; le rôle des infirmières de liaison en dépendance consiste entre autres à recevoir les demandes de services des médecins, psychiatres, infirmières et travailleurs sociaux de l'hôpital, à faire la liaison avec l'équipe médicale, à évaluer les patients et à faire de brèves interventions motivationnelles auprès d'eux, puis à les orienter vers les services liés à l'usage de substances appropriés. Aucun processus de dépistage officiel n'est nécessaire pour être orienté vers une infirmière de liaison en dépendance. Celles qui ont participé à l'étude venaient de différents domaines de la santé ou des services sociaux (sciences infirmières, psychologie, travail social et psychoéducation, etc.), mais devaient posséder une expertise dans les troubles liés à l'usage de substances, notamment dans l'évaluation des symptômes de sevrage, et une solide connaissance des services d'intervention offerts dans leur région. Elles étaient employées par un établissement local de traitement lié à l'usage de substances, ce qui facilitait leur rôle de coordination des services, mais travaillaient majoritairement dans les services d'urgence des hôpitaux participant à l'étude.

Selon l'étude, il y aurait une grande adhésion à l'égard des services des infirmières de liaison en dépendance et, dans une bonne mesure, des services spécialisés liés à l'usage de substances, surtout chez les personnes n'ayant aucun antécédent de traitement. Du nombre total de demandes de service (n = 2 082), 90 % des patients visés – dont plus des deux tiers étaient des hommes – ont été évalués par une infirmière de liaison en dépendance, 78 % ont été orientés vers un programme lié à l'usage des substances, 50 % ont participé à une évaluation spécialisée des dépendances et 41 % ont participé à une ou plusieurs activités d'un programme de traitement, suivant l'évaluation spécialisée. Fait important : de ceux qui ont participé au programme spécialisé lié à l'usage des substances, 88 % n'avaient pas de dossier au centre auparavant, et ces derniers comptaient pour 44 % des demandes initiales pour une infirmière de liaison en dépendance. Les chercheurs ont aussi souligné les écarts d'efficacité d'un hôpital à l'autre, en fonction de l'organisation particulière de leurs services et du type de patients qui se trouvent dans leur quartier.

Des modèles d'accès rapide axés exclusivement sur le traitement des troubles liés à l'usage d'opioïdes ont aussi été mis à l'essai dans les hôpitaux et les services d'urgence. D'Onofrio et ses collègues (2015) ont mené un essai randomisé dans un hôpital universitaire urbain des États-Unis afin d'évaluer quelles seraient les conséquences si un traitement par agonistes opioïdes avec buprénorphine était entrepris dans un service d'urgence, puis que ce dernier orientait ensuite le patient vers des services de soins primaires pour un suivi de 10 semaines. Après l'intervention, on a remis aux patients (n = 114) suffisamment de doses quotidiennes pour se rendre jusqu'à leur rendez-vous au centre de soins primaires de l'hôpital, habituellement dans les 72 heures. Après 10 semaines de traitement à la buprénorphine en cabinet, les patients faisaient la transition vers un traitement par agonistes opioïdes avec un fournisseur de services dans la collectivité.

Les participants de l'étude sur la buprénorphine ont été comparés à deux autres groupes d'études des services d'urgence : les patients qui ont fait l'objet d'un dépistage avant d'être orientés vers un traitement (orientation; n = 104 patients), et ceux qui ont fait l'objet d'un dépistage et d'une brève intervention avant d'être orientés vers des services dans la collectivité (brève intervention; n = 111 patients). Trente jours après la randomisation, 78 % des patients du groupe qui prenaient la buprénorphine participaient à un traitement des dépendances, comparativement à 37 % et 45 % pour les groupes d'orientation et de brève intervention, respectivement. Les patients du premier



groupe étaient aussi moins susceptibles de participer à un programme de traitement des dépendances en établissement. Après deux mois, on constatait que les patients qui poursuivaient un traitement étaient beaucoup plus nombreux dans le groupe qui prenait la buprénorphine que dans les deux autres, et que leur consommation d'opioïdes illicites était grandement inférieure à celle de ces derniers. Ces différences se sont estompées à la marque des 6 et des 12 mois. Aucune donnée sur le genre des participants n'a été relevée.

Une deuxième étude canadienne a exploré les répercussions d'un traitement à la buprénorphine ou à la naloxone pour un trouble lié à l'usage d'opioïdes entrepris dans un service d'urgence, qui dirige ensuite les patients vers des services en dépendances dans la collectivité (Hu, Snider-Adler, Nijmeh et Pyle, 2019). Les patients admissibles qui ont consenti à un traitement ont reçu une dose d'attaque de buprénorphine ou de naloxone, puis ont reçu leur congé du service d'urgence avec au plus trois doses quotidiennes à prendre sous supervision, une demande destinée à la pharmacie pour qu'elle fournisse de la naloxone à emporter, et une demande d'orientation par télécopie pour une clinique de lutte contre la toxicomanie à accès rapide. On recommandait aux patients de se rendre à cette clinique pour leur premier rendez-vous le lendemain de leur congé du service d'urgence.

Des 49 patients jugés admissibles pour l'étude, 88 % (n = 84) ont consenti à participer au programme. Après avoir reçu leur congé, 54 % des patients orientés vers un suivi clinique externe de lutte contre la toxicomanie à accès rapide se sont rendus à leur premier rendez-vous, habituellement dans les trois jours. Six mois après avoir reçu leur congé, 35 % poursuivaient leur traitement à la buprénorphine ou à la naloxone, 2,3 % avaient réussi à cesser leur consommation d'opioïdes et 16 % avaient cessé leur traitement. Trois et six mois après qu'ils aient reçu leur congé du service d'urgence, les patients ayant reçu un traitement continu dans la collectivité avaient visité moins souvent un service d'urgence que ceux qui ne s'étaient pas présentés à leur rendez-vous de suivi à l'externe ou qui avaient cessé leur traitement. Aucune analyse comparative fondée sur le genre n'a été faite.

Comme il a été mentionné plus tôt, les cliniques d'accès rapide à la médecine des dépendances se sont multipliées en Ontario dans le cadre du projet META:PHI, lancé en 2015. Ce projet appuie la création d'un parcours de soins intégrés à l'intérieur même des systèmes de soins de santé. Dans le cadre de ces parcours, les patients qui se présentent dans un établissement de soins de santé – services de prise en charge du sevrage, hôpitaux, services de psychiatrie et de soins primaires, etc. – reçoivent des services liés à l'usage de substances fondés sur des données probantes. Lorsqu'ils reçoivent leur congé, ils sont mis en contact avec une clinique d'accès rapide à la médecine des dépendances où ils peuvent se présenter sans rendez-vous ou sans y être officiellement dirigés. Là, ils auront droit à une brève séance de counseling avec un spécialiste en dépendance, puis on leur prescrira les médicaments appropriés. Des travailleurs sociaux ou des infirmières s'y trouvent aussi pour soutenir la gestion des cas et faire le lien avec les services dans la collectivité. Une fois stabilisés, les patients sont redirigés vers leur fournisseur de soins primaires pour un suivi à long terme, mais peuvent encore bénéficier du soutien du personnel de la clinique d'accès rapide à la médecine des dépendances, au besoin (META:PHI, s.d.). Le recours au dossier médical informatisé et à la consultation virtuelle contribue à l'intégration des services dans le cercle de soins (Wiercigroch, Sheikh et Hulme, 2020).

Selon l'évaluation préliminaire des résultats pour 14 patients ayant reçu les services d'une clinique d'accès rapide à la médecine des dépendances, on notait une incidence considérable sur le recours aux services. Après trois mois d'activités, les visites aux services d'urgence avaient diminué de 63 %, le recours aux services de prise en charge du sevrage, de 97 %, et les traitements en établissement, de 80 %. Les cliniques d'accès rapide à la médecine des dépendances auraient en outre entraîné



des économies nettes de 71 000 \$ en soins de santé, en tenant compte des coûts d'exploitation des cliniques (Lillico, 2017). Ces cliniques réduiraient aussi de façon considérable le temps d'attente pour voir un spécialiste du traitement des dépendances; dans certains cas, l'attente est passée de huit mois à moins de trois jours (Qualité des services de santé Ontario, s.d.). Les patients ont affirmé avoir une perception positive des soins, y compris du personnel et de l'efficacité des services (Lillico, 2017), et indiqué que le modèle axé sur les patients contribuait à diminuer leur sentiment de stigmatisation (Qualité des services de santé Ontario, s.d.).

Corace et ses collaborateurs (2020) ont publié les résultats d'une étude qui explorait l'incidence de la mise sur pied d'une clinique externe rapide à la médecine des dépendances dans un grand établissement psychiatrique tertiaire d'Ottawa (Ontario). Cette clinique, appelée la Clinique d'intervention en dépendance à l'alcool (CIDA), a pour mandat de réduire le nombre de visites dans les 30 jours au service d'urgence de l'établissement afin d'améliorer l'accès aux soins pour les personnes ayant des problèmes de consommation d'alcool et d'accroître la capacité du système à traiter ce genre de trouble. Le personnel de la CIDA se compose de médecins spécialisés dans le traitement des dépendances, d'infirmières, de travailleurs sociaux, d'un intervenant-pivot et de psychologues cliniciens et de psychiatres, qui offrent des services de consultation. Les services comprennent l'évaluation, le traitement (y compris la prise en charge médicale du sevrage), le triage et l'orientation vers les niveaux de soins appropriés, et un accompagnement vers d'autres services de traitement et de soins primaires.

Durant l'année de l'étude, 60 % (n = 248) des 411 patients uniques qui ont été dirigés vers la CIDA – la majorité étant des hommes – s'y sont présentés. Selon les dossiers médicaux des 194 patients ayant accepté de participer à l'étude, le nombre de visites et de visites répétées au service d'urgence de l'établissement dans les 30 jours a diminué de 82 %, celui des visites répétées liées à l'alcool dans les 30 jours, de 8 %, et le total des visites liées à l'alcool, de 10 %. Les services de transition et d'orientation offerts par la CIDA se sont aussi avérés efficaces. Environ 36 % des patients ont été orientés vers des services de prise en charge du sevrage de différents degrés d'intensité, et 15 % des patients ont été mis en lien avec d'autres services spécialisés liés à l'usage de substances ou aux troubles concomitants offerts à l'hôpital. La plupart des patients de la CIDA (61 %) ont aussi été mis en lien avec des services dans la collectivité, par l'intermédiaire de l'intervenant-pivot. Aucune analyse comparative fondée sur le genre n'a été faite.

Plus récemment, Wiercigroch et ses collaborateurs (2020) ont établi le profil démographique des patients fréquentant une nouvelle clinique d'accès rapide à la médecine des dépendances META:PHI de Toronto (Ontario), et précisé les modes d'orientation et les résultats à court terme. Au cours des 26 premières semaines d'activité de la clinique, 64 patients, dont une majorité d'hommes, ont été servis. Plus de la moitié de ces patients (55 %) ont été dirigés par des fournisseurs de soins primaires, les sources d'orientation suivantes étant les services d'urgence (30 %) et les services de prise en charge du sevrage (11 %). Les problèmes les plus fréquents étaient les troubles liés à l'usage d'alcool (66 %), puis ceux liés à l'usage d'opioïdes (39 %) et à l'usage de stimulants (20 %). Le taux de rétention de la clinique était assez élevé : 74 % des patients ayant un trouble lié à l'usage d'alcool et 68 % de ceux ayant un trouble lié à l'usage d'opioïdes ont poursuivi leur traitement durant la période de l'étude. La clinique a aussi réussi à mobiliser les clients pour qu'ils reçoivent une pharmacothérapie fondée sur des données probantes. Presque tous les patients ayant un trouble lié à l'usage d'alcool (93 %) qui ont poursuivi leur programme se sont vu prescrire un médicament (la plupart du temps, de la gabapentine ou de la naltrexone) et la plupart (65 %) de ceux qui présentaient un trouble lié à l'usage d'opioïdes, de la buprénorphine. Près des deux tiers des patients de cette dernière catégorie qui avaient poursuivi leur traitement prenaient toujours de la buprénorphine à leur dernière visite. Aucune analyse comparative fondée sur le genre n'a été faite.



Résumé

Les troubles liés à l'usage de substances sont un problème assez fréquent dans les hôpitaux. Par ailleurs, le fait que les patients qui en souffrent sont généralement hospitalisés longtemps et présentent un taux élevé de réhospitalisations indique bien que ceux-ci n'obtiennent pas les services et les soutiens dont ils ont besoin dans la collectivité. Cette situation et le besoin qu'elle sous-tend expliquent l'émergence de modèles d'accès rapide visant à inciter les patients des hôpitaux et des services d'urgence à participer à un traitement lié à l'usage de substances. L'Ontario a mis sur pied 46 cliniques d'accès rapide à la médecine des dépendances; il s'en trouve aussi au Manitoba (publication gouvernementale, 2018).

Les modèles d'accès rapide décrits dans la littérature comportent un certain nombre de caractéristiques communes, mais d'autres qui sont très distinctes. En voici quelques-unes :

- *Voies d'accès* : Tous les modèles proposent un accès rapide aux services liés à l'usage de substances dès que le besoin a été établi. Habituellement, c'est un fournisseur de services d'un hôpital ou d'un service d'urgence qui fait l'orientation. Les cliniques d'accès rapide à la médecine des dépendances de l'Ontario acceptent aussi les accès directs et les orientations d'autres services, comme les services de soins primaires et de prise en charge du sevrage.
- *Médecine des dépendances* : La plupart des modèles d'accès rapide étudiés dans le présent examen donnent accès à des services en médecine des dépendances et à des pharmacothérapies. Cet accès est très important puisque les médicaments éprouvés pour les troubles liés à l'usage d'alcool ne seraient pas suffisamment prescrits (Spithoff, Turner, Gomes, Martins et Singh, 2017).
- *Aide à la transition* : Tous les modèles d'accès rapide étudiés prévoient des mesures pour aider les patients à faire la transition vers les services liés à l'usage de substances dans la collectivité. La portée et l'intensité des mesures varient d'un modèle à l'autre : planification du congé, orientations et cheminements d'orientation, travailleurs de proximité internes et transition vers la prescription de médicaments.

On a démontré l'incidence positive des modèles d'accès rapide étudiés dans le présent examen dans les domaines suivants :

- *Participation aux services à accès rapide* : Dans les études qui fournissaient des données sur ce résultat, la majorité des patients orientés vers des modèles d'accès rapide y ont participé.
- *Participation et rétention dans les soutiens liés à l'usage de substances* : Les clients qui ont accédé à un modèle d'accès rapide d'un hôpital ou d'un service d'urgence tendent à poursuivre leur traitement, que ce soit dans le cadre de ce service ou d'un autre service offert dans la collectivité vers lequel il a été dirigé.
- *Réduction du recours aux services qui exigent beaucoup de ressources* : De nombreuses études ont démontré une réduction considérable du nombre de visites et de visites répétées aux services d'urgence, d'hospitalisations et de soins en établissement.

Bien qu'aucune revue systématique des modèles d'accès rapide ne soit accessible – ce qui nous empêche de tirer quelque conclusion sur ces services en tant que pratiques exemplaires dans le continuum de soins (Taha, 2018) –, les taux élevés de participation aux traitements et de rétention sont prometteurs. D'autres études seront nécessaires pour évaluer les répercussions de ces modèles sur des populations particulières, comme les plus vulnérables (Corace et coll., 2020), et sur les résultats moins immédiats, comme la capacité accrue d'offrir des services liés à l'usage de



substances dans l'ensemble du système de soins. Il faudra aussi procéder à d'autres analyses pour évaluer la rentabilité de ces modèles. Les résultats pour le modèle de clinique d'accès rapide à la médecine des dépendances en Ontario semblent indiquer un rendement du capital investi positif, vu les coûts modérés, la baisse de la demande et des coûts associés aux visites aux services d'urgence, et son incidence positive sur l'usage néfaste de substances (ce point n'est pas abordé dans le présent document; Corace et coll., 2020).

3.2 Modèles de services mobiles et d'approche dynamique

Points clés

- Ces modèles visent à déployer des équipes ou des intervenants spécialisés dans les résidences et les milieux de vie des personnes qui présentent un risque élevé de consommation pour les inciter à obtenir un traitement, des services ou du soutien.
- Cette mobilisation s'inscrit dans un continuum allant de l'approche opportuniste à l'approche dynamique, l'approche de traitement communautaire dynamique étant la plus officielle, structurée et proactive.
- Au Canada, les normes s'appliquant aux équipes de traitement communautaire dynamique qui accompagnent des personnes présentant de graves troubles de santé mentale comprennent entre autres l'obligation que ses membres possèdent l'expertise nécessaire pour traiter les problèmes de consommation concomitants. Or, cette capacité semble varier d'une équipe à l'autre.
- Selon deux études, l'approche d'équipes de traitement communautaire dynamique spécialisées dans les problèmes liés à l'usage de substances favorise un accès plus rapide aux services de traitement et une meilleure rétention que les approches plus traditionnelles de prestation de services, dans lesquelles il n'y aurait pas de mobilisation.
- Les cliniques mobiles ayant suivi seulement quelques éléments du modèle officiel de traitement communautaire dynamique rapportent des résultats prometteurs en ce qui a trait à la mobilisation de membres de groupes marginalisés ayant des problèmes de consommation à prendre part à un traitement.
- Des études restent à faire sur les modèles de services mobiles et d'approche dynamique concernant les personnes ayant des problèmes de consommation, notamment pour comprendre dans quelle mesure il permet d'*accéder rapidement* aux services et soutiens liés à l'usage de substances.

Ces modèles visent à déployer des équipes ou des intervenants spécialisés dans les résidences et les milieux de vie des personnes qui présentent un risque élevé de consommation pour les inciter à obtenir un traitement (Langabeer et coll., 2020). Cette mobilisation s'inscrit dans un continuum allant de l'approche opportuniste à l'approche dynamique, l'approche de traitement communautaire dynamique étant la plus officielle, structurée et proactive. L'approche de traitement communautaire dynamique a été conçue dans les années 1970 pour offrir un soutien à long terme dans la collectivité aux personnes ayant un trouble de santé mentale grave ou concomitant avec un trouble lié à l'usage de substances. Axés sur la santé, les ressources matérielles et la capacité d'adaptation, ces services visent à mobiliser les patients à l'égard de leur traitement, et favorisent une faible charge de cas au profit d'une intensité accrue du soutien (Fincham-Campbell et coll., 2018).



Selon les normes de services établies au Canada – par exemple en Colombie-Britannique (ministère des Services de santé, 2008) et en Ontario (ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2005) –, les équipes de traitement communautaire dynamique qui interviennent auprès de personnes ayant un trouble mental grave et persistant doivent compter dans leurs rangs un spécialiste en toxicomanie pour évaluer les problèmes de consommation et offrir les services appropriés, au besoin. La capacité à répondre à cette exigence pour les troubles concomitants varie toutefois d'une équipe à l'autre. Par exemple, selon une étude ontarienne visant à évaluer dans quelle mesure les équipes de traitement communautaire dynamique respectaient les normes provinciales dans leur programme a relevé une faible observance pour les activités connexes, comme l'évaluation, le traitement actif, les conseils motivationnels et la prévention des rechutes (Randall, Wakefield et Richards, 2012).

Plus récemment, on s'intéressait au modèle de traitement communautaire dynamique particulièrement pour mobiliser les personnes qui présentent des troubles complexes liés à l'usage de substances, surtout ceux qui s'engagent peu dans les services de traitement. Drummond et ses collaborateurs (2017) ont relevé les éléments efficaces de l'approche dynamique dans différentes études menées au Royaume-Uni. Suite à cette revue, ils ont proposé et mis à l'essai un modèle de traitement communautaire dynamique structuré pour les personnes ayant une dépendance à l'alcool, dont voici les principales caractéristiques :

- Charge de cas d'au plus 15 patients par praticien.
- Encadrement par une équipe multidisciplinaire, formée de psychiatres et de spécialistes en toxicomanie.
- Contacts réguliers (au moins hebdomadaires), dont 50 % ailleurs que sur les lieux de prestation des services, donc à la résidence ou dans le quartier du patient; idéalement, ceux-ci devraient être brefs, mais fréquents.
- Mobilisation dynamique, c'est-à-dire tentatives de communication persistantes et répétées qui visent en priorité à créer des liens et à les entretenir.
- Priorité accordée aux besoins relatifs à la santé et aux services sociaux (logement, loisirs, travail, santé physique et mentale, etc.).
- Approche souple s'articulant autour des objectifs du patient, même s'ils ne sont pas directement liés à sa dépendance à l'alcool.
- Présentation claire par les praticiens de leur rôle dans la planification des soins et lors des visites.
- Philosophie de « dépassement de soi » dans le cadre de laquelle les praticiens sont invités à sortir de leur rôle professionnel et à « faire l'impossible » pour leurs patients.
- Soins élargis sur une période prolongée d'un an.

Ont aussi émergé d'autres modèles novateurs d'intervention sur le terrain qui recourent à des cliniques mobiles – habituellement des camionnettes et des véhicules récréatifs – pour offrir des soins traditionnellement offerts en cabinet ou donner une voie d'accès à ces services. Les cliniques de santé mobiles n'ont rien de nouveau : elles sont déjà bien implantées aux États-Unis (Yu, Hill, Ricks, Bennet et Oriol, 2017). Selon une revue systématique des unités de santé mobile qui circulent sur le territoire étasunien, ces dernières parviennent efficacement à joindre les populations à risque élevé ou stigmatisées, et à amener différents secteurs de la société à faire du dépistage pour différentes maladies. En outre, le modèle serait rentable puisqu'il permet une intervention



précoce en matière de santé, contribue à accroître la capacité des clients à prendre en charge leurs problèmes de santé, diminue le nombre de visites aux services d'urgence et d'hospitalisations, et améliore leur qualité de vie en général (Yu et coll., 2017). Par contre, les données sont insuffisantes pour conclure à l'efficacité des cliniques de santé mobiles ou pour définir les principaux ingrédients qui permettent de joindre les populations ayant un problème de consommation, surtout en raison de la diversité des services offerts, des approches de prestation de service et des populations servies (voir ci-dessous).

Les cliniques de santé mobiles sont de plus en plus monnaie courante au Canada. Au début de 2020, on annonçait l'expansion du programme Santé pour l'avenir, qui offre des soins médicaux primaires, des services en santé mentale et liés à l'usage de substances, et du soutien connexe dans des cliniques roulantes spécialement équipées. Financées par Telus et offertes en partenariat avec des organismes communautaires locaux, ces cliniques circulent dans différentes villes de partout au Canada, dont Montréal, Vancouver, Victoria, Calgary, Edmonton, Ottawa, la région de Waterloo et Halifax. Conçues pour éliminer les principaux obstacles à l'accès aux soins de santé, les cliniques de santé mobiles sont équipées d'une connexion Wi-Fi et permettent aux praticiens d'accéder au dossier médical informatisé afin de recueillir et de consigner des données sur la santé, de faire le suivi des résultats et d'offrir un meilleur suivi aux patients dont les antécédents médicaux n'avaient pas été consignés. Le programme permet de faire chaque année 20 000 interventions auprès de patients à l'échelle nationale (Telus, 2020).

Données probantes

Parmi les études recensées, quelques-unes évaluaient l'incidence des services mobiles et de l'approche dynamique sur l'accès aux traitements et la mobilisation pour les personnes ayant un problème de consommation. Elles visaient différentes populations présentant ce type de problème : personnes itinérantes, personnes à risque élevé en raison d'usage d'opioïdes et de drogues injectables, personnes ayant un trouble lié à l'usage d'alcool, personnes vivant avec le VIH/sida, travailleuses du sexe, etc.

Si bon nombre d'études ont relevé des résultats positifs suivant l'évaluation de chaque aspect du modèle de traitement communautaire dynamique pour le traitement de la dépendance à l'alcool (Drummond et coll., 2017), seules quelques-unes évaluaient les répercussions du modèle officiel dans son ensemble pour aider particulièrement les personnes ayant un problème de consommation. Passetti, Jones, Chawla, Boland et Drummond (2008) ont utilisé une cohorte parallèle non randomisée pour comparer une clinique à accès flexible qui utilisait les méthodes du traitement communautaire dynamique (n = 188 participants) à une clinique de soins traditionnelle (n = 223 participants) pour des adultes (surtout des hommes) ayant une dépendance à l'alcool. Voici les caractéristiques des services offerts dans la première : accent sur les clients ayant déjà abandonné des services liés à l'usage de substances, faible charge de cas, activités proactives et dynamiques, accès flexible aux services offerts dans la collectivité, au besoin, et équipe multidisciplinaire soutenue par un coordonnateur des soins. La clinique à accès flexible s'avérait beaucoup plus efficace que l'autre pour susciter l'adhésion aux services en temps opportun. Les personnes dirigées vers le traitement communautaire dynamique ont eu une première évaluation en moyenne cinq jours après l'orientation, soit près de quatre semaines avant les clients de la clinique de soins traditionnelle. Elles accédaient aussi plus rapidement que ces derniers à leurs soins subséquents. Un nombre accru de clients de la première clinique ont aussi poursuivi leur traitement : une personne sur quatre a eu des soins subséquents, contre une sur sept pour la clinique traditionnelle. Aucune analyse comparative fondée sur le genre n'a été faite.



La revue n'a permis de recenser qu'un seul essai clinique randomisé – un projet pilote mené au Royaume-Uni cité par Drummond et ses collaborateurs (2017) – visant à évaluer l'incidence du traitement communautaire dynamique chez les personnes ayant un problème de consommation. Un total de 94 participants ayant une dépendance à l'alcool, des hommes en majorité, ont été répartis aléatoirement dans un groupe de traitement communautaire dynamique ou un groupe de traitement traditionnel. Pour le premier groupe, l'intervention s'appuyait sur un guide et mettait à profit différents éléments efficaces de l'approche dynamique relevés dans les études réalisées au Royaume-Uni. Au suivi de 12 mois, 98 % des clients du traitement communautaire dynamique étaient toujours en lien avec le service, contre 88 % pour le groupe de traitement traditionnel. Ceux-ci semblaient aussi maintenir ce lien beaucoup plus longtemps, avoir un nombre accru de contacts durant le traitement et fréquenter beaucoup plus les centres de jour pour la consommation d'alcool et les services externes que le second groupe. En outre, au suivi de 6 mois (mais pas de 12), les clients du premier groupe affichaient beaucoup moins de jours d'hospitalisations et de visites dans des services externes non liés à la consommation d'alcool, et davantage de visites chez leur fournisseur de soins primaires. Aucune analyse comparative fondée sur le genre n'a été faite.

D'autres modèles d'approche dynamique qui utilisent seulement quelques éléments du modèle de traitement communautaire dynamique semblent aussi prometteurs quant à l'amélioration de l'accès aux services liés à l'usage de substances et à la participation à ces derniers pour les populations à risque élevé et marginalisées. Kuo et ses collègues (2003) ont évalué un service de traitement par agonistes opioïdes offert dans une clinique mobile. Le service comprenait l'administration de chlorhydrate d'acétate de lévométhadyl (LAAM). Les programmes d'échange de seringues y dirigeaient leurs clients qui manifestaient un intérêt pour un programme de traitement de la toxicomanie. Les clients admissibles ont été répartis de façon non aléatoire dans un programme de traitement LAAM gratuit, offert dans un véhicule récréatif de 35 pieds adapté en conséquence, ou dans un programme de traitement d'entretien à la méthadone offert dans un hôpital de la collectivité. Des 163 clients, des hommes en majorité, dirigés vers le programme de traitement LAAM durant l'étude, 70 % (n = 114) ont participé au programme, un taux supérieur à ceux dirigés vers le programme de traitement d'entretien à la méthadone conventionnel en établissement. Près des deux tiers de ces personnes n'avaient jamais participé à un programme de traitement de la toxicomanie sans désintoxication auparavant. Il s'écoulait en moyenne quatre jours entre le moment de l'orientation et le premier rendez-vous. Des clients qui s'y sont inscrits au moins 90 jours avant la fin de l'étude, 84 % (n = 69) ont rigoureusement suivi leur traitement pendant au moins trois mois. Aucune analyse comparative fondée sur le genre n'a été faite.

Fisk, Rakfeldt et McCormack (2006) ont mené une étude visant à décrire les différents parcours vers un traitement suivis par des clients qui ont participé au projet de sensibilisation et de mobilisation, qui offre des services cliniques, de gestion de cas et de rétablissement intensifs dans la collectivité aux personnes itinérantes qui présente au moins un trouble de santé mentale ou lié à l'usage de substances, y compris les troubles concomitants. Les personnes admissibles au programme devaient aussi avoir des besoins multiples, n'avoir eu aucun lien avec le secteur de santé mentale ou du traitement des dépendances, et s'être butées à des obstacles qui les ont empêchés d'obtenir un service lié à l'usage de substances ou de poursuivre leur participation. Les intervenants ont fourni des renseignements sur l'orientation et la participation subséquente au traitement de 119 clients, des hommes en majorité, qui faisaient partie de leur charge de cas au cours des deux semaines de l'étude. Environ les deux tiers de ces clients (61 %, n = 73) avaient principalement un diagnostic de trouble lié à l'usage de substances. De ce nombre, 41 % ont commencé un traitement suivant l'orientation. Ces clients s'avéraient plus réceptifs au changement que ceux qui ne l'avaient pas fait.



Deering et ses collaborateurs (2010) se sont penchés sur l'incidence d'un service mobile de Vancouver (Colombie-Britannique) fourni par des pairs aux travailleuses du sexe dans la rue qui consomment des drogues. Les services, fournis à même une camionnette qui se rend dans les quartiers où ces dernières travaillent, leur offrent un lieu sûr où se reposer, manger et boire durant leurs quarts de travail. Les intervenants distribuent aussi des outils de prévention (p. ex. condoms) et de réduction des méfaits (p. ex. accessoires pour la consommation de drogues), et sont un point de contact pour recevoir du soutien, interagir avec leurs pairs et être orientées vers des services de santé, de soutien et de traitement de la toxicomanie. En 18 mois, on a demandé à 242 de ces femmes de remplir un premier questionnaire détaillé au début du processus, puis aux six mois par la suite. De nombreuses travailleuses du sexe ont été jointes durant la période de l'étude : en 2006, une moyenne d'environ 1 500 femmes par mois se sont assises dans la camionnette. Les travailleuses qui présentaient un risque élevé d'infection transmissible sexuellement et de violence étaient plus susceptibles que les autres d'utiliser le service. Les femmes qui avaient utilisé le service étaient aussi plus susceptibles de suivre un programme de traitement en établissement ou d'obtenir les services d'un conseiller en alcoolisme et en toxicomanie.

Langabeer et ses collaborateurs (2020) ont évalué une intervention visant à inciter des personnes ayant récemment fait une surdose d'opioïdes à s'engager dans un traitement. Les clients potentiels étaient choisis par l'intermédiaire du service d'urgence d'un hôpital universitaire de soins tertiaires ou des services médicaux d'urgence locaux. Ceux qui répondaient aux critères minimaux de réceptivité au changement ont été inscrits au système de surveillance de l'étude. Une équipe d'intervenants, formée d'un pair accompagnateur pour le rétablissement et d'un ambulancier autorisé, devait se rendre à la résidence de ces personnes. Celles qui avaient accepté de participer au programme commençaient rapidement un traitement par agonistes opioïdes à la buprénorphine, habituellement dans les 24 heures suivant leur inscription au système de surveillance, puis recevaient un soutien pour poursuivre leur pharmacothérapie à l'externe. On invitait aussi les participants à participer à trois séances hebdomadaires de counseling, offertes dans un centre universitaire des sciences de la santé. L'accompagnateur pour le rétablissement et un travailleur social aidaient aussi les clients à trouver un hébergement gratuit et stable, et un emploi, ainsi qu'à s'inscrire à un régime d'assurance maladie, au besoin. Des 103 personnes jugées admissibles à l'étude, 33 % (n = 34) ont choisi de participer au programme de traitement. Un peu plus de la moitié des clients étaient des hommes, et la plupart n'avaient pas d'assurance maladie et se disaient sans-abri ou hébergés temporairement. Trente jours après le début de leur traitement, 88 % des participants (n = 30) étaient toujours dans le programme; ce taux baissait à 56 % (n = 19) après 90 jours. Aucune analyse comparative fondée sur le genre n'a été faite.

Résumé

Les équipes de traitement communautaire dynamique sont l'approche la plus officielle, structurée et proactive d'intervention sur le terrain. On reconnaît l'approche par une faible charge de cas, de brefs contacts réguliers et dynamiques, une insistance sur les besoins en matière de santé et de soutien social, et une prestation de services à long terme. Conformément aux raisons de sa création, cette approche est habituellement utilisée avec les populations présentant des troubles de santé mentale complexes, y compris les troubles concomitants liés à l'usage de substances. Si les normes pour ce type de programme exigent habituellement que l'équipe compte dans ses rangs un spécialiste en toxicomanie, certaines données probantes sur l'Ontario semblent indiquer que la capacité à y répondre varie d'une équipe à l'autre. Il est important d'aborder cet écart, puisque les données indiquent que les clients des équipes de traitement communautaire dynamique qui présentent un concomitant problème de consommation concomitant sont plus susceptibles que les autres d'être



hospitalisés (Joannette, Lawson, Eastabrook et Krupa, 2005), ce qui laisse supposer qu'on ne traite pas adéquatement leurs besoins complexes.

Deux études recensées explorent l'incidence de l'approche de traitement communautaire dynamique sur l'accès au traitement et la mobilisation pour les personnes ayant un trouble lié à l'usage de substances. Selon ces études, les services de traitement communautaire dynamique donnent un accès plus rapide aux programmes et une meilleure rétention que les approches traditionnelles, sans intervention sur le terrain. Peu d'études ont évalué l'incidence des cliniques mobiles qui n'ont adopté que quelques éléments du modèle de traitement communautaire dynamique. Si les résultats semblent prometteurs en ce qui a trait à la mobilisation de personnes marginalisées ayant des problèmes de consommation pour les inciter à participer à un programme spécialisé de traitement de la toxicomanie, il est impossible de tirer une conclusion, vu l'hétérogénéité des populations ciblées dans les études. On ne sait pas encore non plus si ces modèles accélèrent l'accès à ces services.

3.3 Modèles de type Dépistage, évaluation, intervention rapide et orientation vers le traitement

Points clés

- Les modèles de type Dépistage, évaluation, intervention rapide et orientation vers des traitements (DEIROT) permettent d'élargir le bassin de clientèle pour les traitements; ils comportent deux objectifs complémentaires. Le premier est de joindre un pourcentage accru de personnes dans le besoin, idéalement tôt dans leur parcours personnel d'usage de substances pour éviter les méfaits potentiels. Le second est d'accroître la mobilisation et de mieux arrimer les interventions relatives à l'usage de substances aux services spécialisés, au besoin.
- Des essais cliniques contrôlés auprès de personnes présentant des problèmes de consommation légers à modérés ont permis d'attester largement l'efficacité avec laquelle les modèles de type DEIROT peuvent permettre le repérage et la mobilisation précoce de nouveaux patients dans les milieux de soins primaires, et son applicabilité dans ces milieux. Par contre, on ne sait pas encore si ces résultats peuvent s'appliquer aux milieux de soins primaires actuels, vu le problème d'adhésion et de fidélité à ce modèle de prestation, et les différents obstacles à la mise en œuvre.
- Il est impossible de tirer une conclusion claire sur la capacité de ce type de modèle à améliorer l'accès aux services spécialisés liés à l'usage de substances et la participation à ces derniers chez les personnes présentant de graves problèmes dépassant l'expertise et la capacité des milieux de soins primaires. D'autres essais cliniques seront nécessaires pour évaluer en particulier le volet d'orientation vers des traitements, comme résultat primaire, ainsi que les répercussions du modèle sur l'accès aux services pour des populations particulières.
- Vu la faible adhésion au modèle de type DEIROT dans les milieux de soins primaires, certains chercheurs estiment qu'un modèle de gestion des maladies chroniques serait plus approprié et efficace pour détecter les problèmes de consommation et donner accès de façon précoce à la vaste gamme de soutiens et de services fondés sur des données probantes offerts à l'interne.

Les modèles de type Dépistage, évaluation, intervention rapide et orientation vers le traitement (DEIROT) sont des interventions structurées à plusieurs composantes conçues pour réduire l'usage de substances problématique ou risqué. Ils représentent un changement de paradigme, s'éloignant



des interventions classiques de lutte contre l'usage de substances axées sur les personnes qui sont aux prises avec de graves problèmes de consommation ou qui répondent aux critères de la dépendance à l'usage de substances (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2013). Ils visent le dépistage de toutes les personnes qui se présentent dans les divers milieux de soins pour recevoir des services, ce qui permet aux professionnels de repérer et de traiter tout usage problématique ou risqué, même lorsque les personnes ne cherchent pas activement un traitement (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2013). Bien que des modèles semblables aient été créés pour d'autres populations, comme les étudiants universitaires (Denering et Spear, 2012), la plupart des activités de recherche et de mise en œuvre systématique étaient axées sur les milieux de soins primaires.

L'explication derrière les modèles de type DEIROT est solide et repose en grande partie sur le fait qu'un nombre considérable de personnes exposées aux risques et aux méfaits associés à l'usage de substances et recevant divers services non spécialisés ne voient jamais ces risques et ces méfaits détectés. Cette approche visant à élargir la base des traitements sert deux objectifs complémentaires. Le premier objectif est de joindre un pourcentage accru de personnes dans le besoin, idéalement tôt dans leur parcours personnel d'usage de substances, pour éviter les méfaits potentiels. Le deuxième objectif, quant à lui, consiste à augmenter la prestation d'interventions d'intensité et de durée suffisantes pour obtenir des résultats positifs durables, de même qu'à accroître la participation à ces interventions. Cet objectif peut comprendre l'orientation vers des services de lutte contre l'usage de substances plus spécialisés que ceux offerts dans le milieu de soins lui-même (Blanchette et coll., 2016). L'adoption des modèles de type DEIROT dans les milieux médicaux au volume de patients élevé, comme les milieux de soins primaires, les services d'urgence, les hôpitaux et les services de santé des établissements postsecondaires, permet de joindre les patients aux prises avec une vaste gamme de troubles de santé mentale et physique cooccurrents et de leur offrir les services et le soutien dont ils ont besoin (Babor, Del Boca et Bray, 2017). Ces modèles sont actuellement de plus en plus appliqués dans divers milieux médicaux aux États-Unis, où les plus grands efforts de diffusion sont déployés par la Substance Abuse and Mental Health Services Administration (Aldridge, Linford et Bray, 2017). Ils sont également promus comme une pratique fondée sur des données probantes auprès des professionnels de la santé et des professionnels paramédicaux du Canada (Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2020).

Les modèles de type DEIROT comportent trois composantes. La première vise le dépistage de l'usage de substances risqué et des problèmes connexes au moyen d'un outil validé et rapide (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2013). Cette composante a fait l'objet d'études exhaustives, et plusieurs outils bien validés sont disponibles, comme le GAIN-SS, le AUDIT pour les adultes (Rush, 2015) et le CRAFFT pour les adolescents (Beaton, Shubkin et Chapman, 2016). On peut aussi effectuer un dépistage moins systématique, en étant particulièrement vigilant pour repérer les signes et symptômes associés aux risques et aux méfaits de l'usage de substances (Santé Canada, 2001) ou en se servant d'une ou de deux questions validées (Smith, Schmidt, Allensworth-Davies et Saitz, 2010; Gerrity et coll., 2004; Pilowsky et Wu, 2013).

La deuxième composante consiste à réaliser une intervention rapide auprès des patients ayant possiblement des problèmes de consommation. Offerte en une ou en plusieurs séances, cette intervention vise habituellement à sensibiliser les patients à l'usage de substances et à leur faire prendre conscience qu'un changement comportemental s'impose (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2013). Toutefois, le contenu de ce type d'intervention est rarement évalué, ce qui ne permet pas de savoir quelles caractéristiques ou quelles compétences de counseling sont le plus fréquemment associées à l'amélioration des résultats (McCambridge et Saitz, 2017).



Enfin, la troisième composante du modèle a pour but d'orienter les patients ayant besoin d'un traitement intensif vers des fournisseurs spécialisés dans le traitement de l'usage de substances. La littérature fournit cependant peu de données relatives à cette composante, contrairement aux deux autres, ce qui fait qu'on en sait peu sur les mécanismes efficaces pour orienter les patients atteints de graves problèmes de consommation vers des soins spécialisés (Glass et coll., 2015a). Les quelques études fournissant des données sur le sujet font état de divers mécanismes allant de la transmission passive de renseignements sur les options thérapeutiques à l'offre d'un soutien actif favorisant la recherche d'aide (McCambridge et Saitz, 2017). Des facteurs contextuels généraux influencent également l'orientation vers le traitement, comme le degré auquel les programmes de type DEIROT sont intégrés dans le continuum de traitement de façon à ce que les patients reçoivent les soins les moins intensifs répondant à leurs besoins (Babor et coll., 2017).

La technologie offre de nouvelles possibilités pour la prestation des modèles de type DEIROT (voir l'encadré Technologie et accès aux services liés à l'usage de substances dans la section 1.0) au moyen d'interventions indépendantes ou animées (McCambridge et Saitz, 2017), et elle peut faciliter la participation des patients si elle tient compte de leurs préférences. Harris et Knight (2014) ont procédé à une revue de la littérature émergente sur la faisabilité et l'efficacité des outils informatiques ou technologiques utilisés dans les milieux médicaux pour le dépistage de la consommation d'alcool et l'intervention rapide. Toutes les études retenues ont montré que la prestation de services au moyen de la technologie était faisable et acceptable pour les patients; elles comportaient toutefois des limites méthodologiques, et peu d'entre elles avaient été menées dans des milieux de soins primaires ou auprès de femmes enceintes, d'adolescents et de divers groupes raciaux ou ethniques. Les auteurs ont également souligné la nécessité de mener d'autres études évaluant l'efficacité de l'offre technologique des modèles de type DEIROT sur la réduction de la consommation néfaste d'alcool. Plus récemment, Harris et ses collaborateurs (2016) ont constaté, chez un échantillon de 136 adolescents recevant des soins courants dans trois cliniques de soins primaires aux États-Unis, que le dépistage informatique de l'usage de substances était une solution de rechange valide et rapide au dépistage par un clinicien.

Les données sur les effets de la prestation par voie technologique des modèles de type DEIROT sont pour le moment insuffisantes, mais des travaux sont en cours pour tenter de combler les lacunes. Aux États-Unis, un programme pilote appelé Promoting Access to Care Engagement s'intéresse aux effets du dépistage électronique autonome du risque de trouble lié à l'usage de substances, de la dépression et de l'anxiété dans trois grandes cliniques de soins primaires servant plus de 5 000 personnes atteintes du VIH dans le nord de la Californie (Satre et coll., 2019). Les résultats du dépistage sont ajoutés au dossier médical électronique des patients et peuvent être consultés par les cliniciens, y compris les médecins, les spécialistes en santé comportementale, les travailleurs sociaux cliniciens titulaires d'une maîtrise, les thérapeutes matrimoniaux et familiaux et les psychologues détenant un doctorat et ayant de l'expérience en intervention comportementale. Les médecins examinent les résultats et font appel à des spécialistes en santé comportementale, dont les interventions comprennent la mobilisation des patients et l'établissement d'objectifs, de même que des entretiens motivationnels ou une brève thérapie cognitivo-comportementale, ou les deux. Aucun délai précis n'est imposé pour l'intervention de ces spécialistes, mais les entretiens motivationnels et la thérapie cognitivo-comportementale peuvent être efficacement réalisés en moins de six séances. L'étude se penchera sur les résultats de la mise en œuvre du programme pilote, comme les taux de dépistage et de traitement, ainsi que sur son efficacité, par exemple au moyen de données sur l'usage de substances, les symptômes de troubles mentaux et la maîtrise de la charge virale du VIH.



Données probantes

Les modèles de type DEIROT ont été évalués dans divers milieux, y compris en soins primaires (O'Donnell et coll., 2014), en soins d'urgence, en traumatologie et en soins de courte durée (Barata et coll., 2017; Landy, Davey, Quintero, Pecora et McShane, 2016), ainsi que dans des unités de médecine générale et auprès de diverses populations, dont des femmes enceintes et non enceintes (Gebara, de Castro Bhone, Ronzani, Lourenço et Noto, 2013), des adolescents (Patton et coll., 2014; Pitts et Shrier, 2014) et de jeunes étudiants collégiaux (Fachini, Aliane, Martinez et Furtado, 2012; Seigers et Carey, 2010). Comme mentionné plus tôt, la plupart des études ont été menées dans des milieux de soins. La majorité de celles réalisées à ce jour était axée sur la consommation d'alcool (O'Donnell et coll., 2014), mais elles sont maintenant de plus en plus nombreuses à porter sur les drogues (Young et coll., 2014; Saitz et coll., 2010).

Une question pertinente se pose dans le cadre de la présente revue, à savoir si les modèles de type DEIROT constituent une façon efficace d'améliorer l'accès et l'adhésion aux traitements et au soutien relatifs à l'usage de substances dans divers services communautaires autres que ceux spécialisés dans le domaine. La littérature sur l'efficacité des modèles de type DEIROT montre clairement qu'il existe un certain nombre d'outils bien validés permettant de repérer un usage de substances risqué hors des milieux spécialisés, notamment dans les milieux de soins primaires (Krist et coll., 2020; O'Connor et coll., 2018), ce qui constitue un premier pas important vers l'accès aux services, ainsi que vers la détection et la mobilisation précoces. Des essais cliniques bien contrôlés ont également montré qu'il est possible d'utiliser ces modèles et d'obtenir des résultats positifs chez les personnes ayant des troubles d'usage de substances légers ou modérés, en particulier dans les milieux de soins primaires (Kaner et coll., 2018).

Malgré les résultats de recherche positifs quant à la détection et à la mobilisation accrues dans les milieux de soins primaires, des débats ont été lancés afin de savoir si ces résultats pouvaient être appliqués aux autres milieux de pratique, étant donné l'importante variation entre les études en ce qui a trait au soutien offert, aux caractéristiques des patients et à la gravité des problèmes de consommation repérés (McCambridge et Saitz, 2017). Les chercheurs ont également souligné la faible adoption de ces modèles en soins primaires pour le traitement des troubles liés à l'usage d'alcool (Rehm et coll., 2016), mettant en évidence les obstacles qui nuisent à leur mise en œuvre. En soins primaires, ces obstacles comprennent le sous-repérage, l'expertise interventionnelle limitée et les limites associées au temps en clinique (Satre et coll., 2019), de même que les structures de rémunération des médecins, qui n'incitent pas au traitement des problèmes de consommation (Childerhose, Atif et Fairbank, 2019). Parmi les autres obstacles qui nuisent à l'adoption des modèles de type DEIROT pour les drogues autres que l'alcool en soins primaires se trouvent la diversité des substances pouvant être consommées, la polyconsommation, le besoin d'outils de dépistage validés pour ces substances et la possibilité que les problèmes de consommation soient plus graves pour la drogue que pour l'alcool (Saitz et coll., 2010).

On se questionne aussi sur la mesure dans laquelle les modèles de type DEIROT améliorent l'accès et le recours aux services spécialisés pour les personnes ayant un grave problème de consommation et nécessitant un soutien plus grand que celui qui peut être offert dans le milieu de pratique. Pour répondre à cette question, Simioni, Cottencin et Rolland (2015) ont réalisé une revue systématique d'essais cliniques randomisés sur l'application de ces modèles auprès de patients hospitalisés dans des milieux médicaux ou chirurgicaux. Selon cette revue, seuls cinq essais (n = 1 113 patients aux prises avec un trouble lié à l'usage d'alcool) ayant traité du recours au traitement et de l'hétérogénéité entre les groupes étudiés ne permettaient pas une méta-analyse. Une synthèse qualitative des études n'a pas réussi à prouver que ces modèles avaient un effet sur le recours



subséquent aux traitements. Des données ont montré qu'il était possible que des séances offertes après le congé soient bénéfiques, mais d'autres études sur le sujet sont nécessaires avant de tirer des conclusions. Aucune analyse comparative fondée sur le genre n'a été faite.

Peu après cette revue, Glass et ses collaborateurs (2015a) ont effectué une méta-analyse d'essais cliniques randomisés sur l'application d'interventions de type DEIROT auprès d'adultes et d'adolescents dans des milieux de soins généraux. Afin de veiller à la généralisabilité des résultats, les auteurs ont exclu les études dans lesquelles l'intervention rapide était offerte par les chercheurs cliniciens ainsi que celles dans lesquelles des soins associés à la consommation d'alcool étaient prodigués au même endroit que l'intervention. Au total, 13 études respectaient les critères d'inclusion, et 9 ont été retenues pour la méta-analyse. Cette dernière n'a établi aucun lien entre la prestation d'une intervention rapide et l'amorce subséquente d'un traitement des troubles de consommation d'alcool. Les échantillons formés de personnes atteintes d'un trouble plus grave ou ayant été recrutées dans un milieu où les soins sont plus importants (p. ex. personnes hospitalisées) avaient tendance à avoir davantage recours aux services que celles atteintes d'un trouble léger ou ayant été recrutées dans un milieu de soins généraux. Aucune analyse comparative fondée sur le genre n'a été faite.

Peu d'essais cliniques randomisés se sont penchés sur la mesure dans laquelle l'orientation vers un traitement, l'une des composantes du modèle, est associée à la participation des personnes plus gravement atteintes aux services spécialisés de lutte contre l'usage de substances. Dans la méta-analyse mentionnée plus tôt, seules huit études faisaient état d'efforts relatifs à l'orientation des patients, et rien que six avaient associé ces efforts hétérogènes au groupe faisant l'objet de l'intervention. Beaton et ses collaborateurs (2016) ont aussi souligné le manque troublant d'études sur l'efficacité du processus d'orientation des adolescents vers un traitement.

Un essai clinique randomisé dont les résultats ont été publiés après ces revues (D'Onofrio et coll., 2015) a porté sur un échantillon de 329 patients traités dans un hôpital universitaire urbain pour une dépendance aux opioïdes. On y a comparé trois types d'interventions : 1) dépistage et orientation vers un traitement (orientation); 2) dépistage, intervention rapide et orientation facilitée vers des services de traitement communautaires (intervention rapide); et 3) dépistage, intervention rapide, amorce d'un traitement au service d'urgence à l'aide de buprénorphine ou de naloxone et orientation vers un suivi de 10 semaines en soins primaires (buprénorphine). Les patients du groupe buprénorphine étaient beaucoup plus susceptibles de suivre un traitement des dépendances 30 jours après le début de l'étude que ceux des groupes orientation et intervention rapide (78 %, 37 % et 45 %, respectivement). Aucune analyse comparative fondée sur le genre n'a été faite.

Outre ces essais cliniques randomisés, les effets des modèles de type DEIROT sur l'utilisation des services ont fait l'objet d'études quasi expérimentales et ont été présentés dans des évaluations de programmes. Un établissement ayant participé à l'initiative de la Substance Abuse and Mental Health Services Administration des États-Unis décrite plus tôt a examiné la faisabilité et les effets de la prestation d'un programme de type DEIROT au service d'urgence d'un grand hôpital urbain avec « filet de sécurité »³ (Krupski et coll., 2010). Les patients, des hommes pour la plupart, ont subi un dépistage de troubles de consommation d'alcool et de drogues, puis ont fait l'objet, lorsque c'était approprié, d'une intervention rapide, d'un traitement rapide et d'une orientation vers des traitements spécialisés. Les dossiers d'hôpital ont servi à jumeler les patients qui avaient possiblement un trouble lié à l'usage de substances et avaient reçu une intervention rapide avec des patients semblables qui se trouvaient à l'urgence et n'avaient pas subi de dépistage. Les personnes

3 Les hôpitaux avec filet de sécurité sont des hôpitaux aux États-Unis qui organisent et offrent un nombre considérable de soins et de services de santé connexes aux patients non assurés ou inscrits au régime Medicaid (Sutton, Washington, Fingar et Elixhauser, 2006).



du groupe intervention rapide, qu'elles aient reçu ou non un traitement rapide par la suite, étaient beaucoup plus susceptibles que celles du groupe témoin de suivre un traitement spécialisé de la consommation de substances au cours de l'année suivante (33,8 % c. 22,5 %, respectivement).

D'Onofrio et Degutis (2010) ont fait une évaluation descriptive d'un programme américain de type DEIROT qui misait sur la présence de personnes faisant la promotion de la santé dans un service d'urgence. En cinq ans, ces personnes ont réalisé 22 534 dépistages, et plus du quart des patients concernés (27,8 %), majoritairement des hommes, ont fait l'objet d'une intervention rapide. De tous les patients orientés vers un établissement de traitement spécialisé, 54 % se sont inscrits à un programme. Les patients directement admis dans un établissement de traitement spécialisé étaient 30 fois plus susceptibles de s'inscrire à un programme que les personnes y ayant été orientées indirectement. Aucune analyse comparative fondée sur le genre n'a été faite.

Pecoraro et ses collaborateurs (2012) ont présenté les effets d'un programme pilote de type DEIROT offert à 415 patients, principalement des hommes, admis dans un hôpital aux États-Unis. Les patients qui, selon un outil de dépistage normalisé utilisé auprès de tous les patients à l'admission, présentaient une consommation d'alcool risquée ou nocive ont subi une évaluation au chevet à l'aide d'entretiens motivationnels et se sont vus orientés vers des traitements par un spécialiste de la participation des patients. Au total, 43 % des patients qui ont pris part au programme ont par la suite été admis à un traitement de l'usage de substances. Une autre analyse d'une petite cohorte de participants au programme a également montré que ces derniers présentaient une réduction des visites au service d'urgence, une augmentation des hospitalisations en santé comportementale pour traitement de l'usage de substances, et une augmentation des admissions pour traitement à l'externe. Cependant, comme on ignore le nombre de patients qui ont été repérés et contactés pour faire partie du programme, il n'est pas possible d'éliminer la possibilité d'un biais de sélection lorsque vient le temps de tenir compte des effets de ce programme sur l'utilisation des services spécialisés de lutte contre l'usage de substances. Aucune analyse comparative fondée sur le genre n'a été faite.

Comme mentionné dans la section 3.1, des hospitalisations et des consultations à l'urgence répétées ou fréquentes peuvent être un indice d'accès restreint aux services communautaires. Une méta-analyse de 34 études n'a pas pu montrer que l'utilisation des modèles de type DEIROT auprès d'adultes dans des services d'urgence réduisait les hospitalisations ou les visites à l'urgence subséquentes (Landy et coll., 2016). Aucune analyse comparative fondée sur le genre n'a été faite. Une autre revue systématique de la prestation de ces modèles dans les services d'urgence a mis en évidence une étude faisant état de résultats positifs sur les visites répétées à l'urgence, mais uniquement chez les patients ayant été bien dirigés vers des services communautaires spécialisés (Barata et coll., 2017). Aucune analyse comparative fondée sur le genre n'a été faite.

Résumé

Les modèles de type DEIROT sont une manière d'élargir la base de traitements de façon à repérer et à mobiliser un pourcentage accru de personnes ayant besoin de services liés à l'usage de substances, ainsi qu'à intervenir tôt et à fournir des interventions adaptées au niveau de risques et de méfaits. En faisant subir un dépistage à toutes les personnes qui se présentent dans divers milieux de soins pour obtenir des services, les professionnels peuvent repérer et traiter tout usage de substances problématique ou risqué, même lorsque les personnes ne cherchent pas d'intervention ou de traitement.

Un certain nombre d'essais cliniques randomisés ont montré que les modèles de type DEIROT permettent efficacement de repérer les problèmes d'usage de substances et d'offrir des



interventions rapides aux résultats positifs chez les personnes atteintes de troubles légers ou modérés, en particulier dans les milieux de soins primaires et en cas de problèmes liés à la consommation d'alcool. Comme ils couvrent le spectre complet de l'usage malsain de substances, ces modèles ont pour objectif important de faire le pont entre les personnes ayant des problèmes de consommation graves et les niveaux de soins plus élevés. Peu d'essais cliniques randomisés se sont intéressés à ce résultat potentiel, et il est difficile de tirer des conclusions étant donné le manque général de recherche et l'hétérogénéité, dans les études, de la composante visant à orienter les patients vers des traitements. Il est clair qu'il faut mener d'autres essais cliniques qui évalueront principalement l'orientation vers les traitements, expliqueront et suivront suffisamment les processus d'orientation, et tiendront compte de la gravité des problèmes de consommation sur les issues des programmes (Glass et coll., 2015b).

Nous devons également en savoir plus sur le poids relatif des composantes des modèles de type DEIROT à mesure que ceux-ci sont déployés dans différents milieux, ainsi que sur le contenu précis de ces composantes, sur les objectifs à long terme et la rentabilité des modèles, sur leurs effets sur diverses populations, et sur les facteurs contextuels qui en influencent l'efficacité dans les divers milieux (VIRGO Planning and Evaluation Consultants, Inc., 2018). Il manque d'études analysant les différences potentielles entre les genres en ce qui a trait aux effets des modèles de type DEIROT sur l'accès aux services spécialisés, et il faut trouver ou créer des outils de dépistage et des interventions rapides bien adaptés pour les Autochtones du Canada (VIRGO Planning and Evaluation Consultants, Inc., 2018). Les études en cours sur le potentiel de la prestation technologique de ces modèles seront aussi importantes.

Enfin, bien que l'efficacité et la faisabilité des modèles de type DEIROT en soins primaires aient été largement démontrées dans des essais cliniques bien contrôlés, on se demande si ces résultats peuvent être appliqués à l'ensemble des milieux de pratique canadiens étant donné les problèmes en lien avec la fidélité à ces modèles et l'éventail des difficultés de mise en œuvre ayant contribué à leur faible adoption. Pour répondre à ces préoccupations, certains chercheurs ont proposé un changement de paradigme en soins primaires, qui consisterait à traiter l'usage de substances comme n'importe quel autre problème de santé chronique (p. ex. hypertension) et qui amènerait les fournisseurs de soins à s'informer régulièrement sur l'usage de substances, à conseiller des interventions comportementales en cas de consommation risquée et à fournir du soutien pharmacologique au besoin (McCambridge et Saitz, 2017; Rehm et coll., 2016). Autrement dit, les fournisseurs de soins primaires ne réaliseraient pas officiellement les interventions rapides eux-mêmes, mais ils demeureraient responsables de veiller au traitement des troubles liés à l'usage de substances. Pour bien soutenir ce changement de paradigme, il faudrait s'attaquer aux idées fausses et aux préjugés des médecins de premier recours relatif au traitement de la consommation d'alcool et renforcer les compétences thérapeutiques nécessaires (Rehm et coll., 2016).



3.4 Modèles de services intégrés pour les jeunes

Points clés

- Les services intégrés pour les jeunes sont un mouvement pancanadien et international visant à accroître la participation et l'accès aux services intégrés et fondés sur des données probantes, adaptés aux besoins et aux préférences particuliers des jeunes et de leur famille.
- Habituellement, ces modèles réussissent à attirer beaucoup de jeunes dans les services, y compris ceux issus de groupes marginalisés, qui sont habituellement mal servis, et ceux affirmant que sans ces services, ils n'auraient pas pu obtenir des soins.
- Peu d'évaluations des modèles de services intégrés pour les jeunes visent à déterminer dans quelle mesure ils facilitent l'accès *rapide* aux services et aux soutiens. Un petit nombre d'initiatives disposant de mécanismes d'accès facile, comme le sans rendez-vous et l'accès direct, disent rencontrer des difficultés avec les délais d'attente.
- Si les modèles de services intégrés pour les jeunes s'inspirent de grands principes et éléments, ils diffèrent beaucoup d'un endroit à l'autre sur le terrain, et aucun d'entre eux n'a encore permis d'établir une pratique exemplaire. Une conclusion ressort des études réalisées à ce jour : d'autres recherches, évaluations et mesures du rendement sont nécessaires pour comprendre, entre autres, dans quelle mesure ces modèles facilitent l'accès *rapide* aux services et soutiens liés à l'usage de substances, au besoin.

Les services intégrés pour les jeunes (SIJ), desquels les carrefours de services pour les jeunes sont un élément important, découlent d'un mouvement pancanadien et international visant à créer des services efficaces et intégrés de santé mentale, de lutte contre l'usage de substances et de soins connexes pour les jeunes (Fondation Graham-Boeckh, 2019). Les modèles de SIJ ont pour but d'améliorer l'accès et la participation des jeunes et de leur famille à des services intégrés fondés sur des données probantes qui répondent à leurs besoins et à leurs préférences (Halsall et coll., 2019). Au début de 2017, on recensait des initiatives de SIJ dans neuf pays, dont le Canada (Hetrick et coll., 2017); toutes ces initiatives avaient été mises en place pour répondre aux demandes de refonte du système de soins venant de jeunes, de familles, de chercheurs et de planificateurs de systèmes de santé (Carver, Cappelli et Davidson, 2015; Halsall et coll., 2019). En 2018, le gouvernement de l'Ontario a annoncé qu'il s'engageait à doubler le nombre de carrefours bien-être pour les jeunes de la province (gouvernement de l'Ontario, 2018) sur recommandation du Conseil consultatif pour le leadership en santé mentale et en lutte contre les dépendances, créé en 2014 pour fournir au ministère de la Santé et des Soins de longue durée des conseils stratégiques sur la création d'un système exhaustif de traitement des troubles de santé mentale et des dépendances en Ontario.

Grâce au leadership et au financement de la Fondation Graham-Boeckh, plusieurs projets de SIJ sont en cours ou sont prévus au Canada. Le tableau 1 résume les programmes les mieux établis.



Tableau 1. Carrefours de services pour les jeunes au Canada

<p>Foundry, Colombie-Britannique : Foundry est un réseau provincial de centres intégrés de santé et de services sociaux pour les jeunes de 12 à 24 ans. Ces centres offrent aux jeunes un point d'accès unique à des soins de santé mentale, à des services liés à l'usage de substances, à des soins primaires, à des services sociaux et à du soutien par les pairs individuel et familial. Chaque centre est dirigé par une agence qui réunit des partenaires locaux, des fournisseurs de services, des jeunes et des aidants naturels. Le réseau est formé de centres de santé et de services sociaux communautaires ainsi que d'outils et de ressources en ligne (Foundry, s.d.).</p>
<p>ACCESS Esprits ouverts, réseau de recherche pancanadien : ACCESS Esprits ouverts est un réseau national de recherche et d'évaluation axé sur la conception, la prestation et l'évaluation de services de santé mentale pour les jeunes, de même que sur la recherche dans le domaine. Il a pour mission de générer des données probantes sur les retombées de ses efforts de transformation des services dans divers contextes (urbain, rural, autochtone) canadiens. Regroupant 16 collectivités de six provinces et d'un territoire, y compris des collectivités des Premières Nations et inuites, le réseau de recherche réunit des jeunes, des familles, des fournisseurs de soins, des responsables des politiques, des chercheurs et des organisations communautaires. Les sites d'ACCESS Esprits ouverts servent les jeunes de 11 à 25 ans et leur famille en fonction des priorités suivantes : dépistage précoce; accès rapide aux soins; élimination de la transition fondée sur l'âge (18 ans); prestation d'un service continu; accès à des interventions de haute qualité, appropriées, au moment opportun et fondées sur des données probantes; et participation des jeunes et des familles à la conception des services (Fondation Graham-Boeckh, 2019).</p>
<p>YouthCan IMPACT, Ontario : YouthCan IMPACT est une initiative collaborative regroupant des jeunes, des familles, des agences communautaires, des hôpitaux et des partenaires de soins primaires qui travaillent ensemble à l'amélioration du système de traitement des troubles de santé mentale et des dépendances. Dans le cadre de ce modèle, des équipes de soins collaboratifs intégrés offrent des services liés fondés sur des données probantes : thérapies brèves, accès à des soins primaires, navigation des services, groupes de thérapie comportementale dialectique, soutien en ligne pour les jeunes et leur famille, mentorat par les pairs et soutien. Les services sont tous fournis dans des cliniques communautaires sans rendez-vous conviviales pour les jeunes. Les jeunes aux prises avec des problèmes graves peuvent être immédiatement dirigés vers des soins médicaux ou des services de santé mentale (Henderson et coll., 2017).</p>
<p>Carrefours bien-être pour les jeunes de l'Ontario : Les carrefours bien-être pour les jeunes de l'Ontario offrent un accès rapide et sans rendez-vous à des services de santé mentale et de lutte contre l'usage de substances facilement repérables, à des soins faciles d'accès et à des cheminements de soins clairs. Ces services, créés en collaboration avec des jeunes et leur famille, comprennent des interventions fondées sur des données probantes adaptées aux besoins des jeunes, de même que des transitions avec accompagnement vers des services spécialisés lorsque nécessaire. Réunissant en un seul endroit des services en lien avec la santé mentale, l'usage de substances, les soins primaires, l'éducation, le logement et d'autres types de soutien, les carrefours sont accessibles dans des locaux conviviaux pour les jeunes et se servent de pratiques d'évaluation courantes. On compte actuellement 10 sites en Ontario (Carrefours bien-être pour les jeunes de l'Ontario, 2020).</p>



Aire ouverte, Québec : Aire ouverte est un réseau québécois de SIJ offrant des ressources, des services et du soutien aux jeunes de 12 à 25 ans. Les services fournis sont adaptés aux besoins des jeunes et comprennent divers soins de santé et services sociaux se rapportant à la santé mentale, à la santé sexuelle et au soutien professionnel. Des jeunes et leur famille ont grandement participé à la planification et à la mise en œuvre de l'initiative Aire ouverte. Trois points de service ont été ouverts pour faire la démonstration du modèle et tirer des leçons pouvant guider sa diffusion partout dans la province. Quatre points de service supplémentaires ont été annoncés, et on prévoit en ajouter d'autres plus tard (Fondation Graham-Boeckh, 2019).

Prestation des services intégrés du Nouveau-Brunswick : Le gouvernement du Nouveau-Brunswick a conçu une approche pour la prestation de services intégrés visant à améliorer les services et les programmes offerts aux enfants et aux jeunes de 21 ans et moins. Les services sont accessibles dans des écoles et d'autres milieux communautaires où les enfants, les jeunes et leur famille se sentent à l'aise. Ils sont fournis par des équipes habituées à travailler avec ces clientèles qui cherchent à établir des partenariats avec des organisations et des personnes de la collectivité désireuses d'avoir une incidence positive sur la vie des enfants, des jeunes et de leur famille. Les équipes en milieu scolaire travaillent étroitement avec les soutiens locaux pour offrir des points d'accès aux services. Les services sont également accessibles dans les cliniques spécialisées en santé mentale et en lutte contre les dépendances (gouvernement du Nouveau-Brunswick, s.d.).

Bien qu'ils ne soient pas encore bien définis et que leurs modalités opérationnelles ne soient pas les mêmes d'un pays à l'autre (Halsall et coll., 2019), l'élaboration et la mise en œuvre des programmes de SIJ reposent sur des principes communs. Les composantes principales présentées dans le tableau 2 ont été reconnues et opérationnalisées par les carrefours bien-être pour les jeunes de l'Ontario (s.d.) et sont généralement présentes dans les modèles décrits plus tôt (Settipani et coll., 2019). On les retrouve aussi dans les normes de qualité de l'Organisation mondiale de la Santé relatives aux services de santé accueillants pour les jeunes (2012).

Tableau 2. Éléments centraux des carrefours bien-être pour les jeunes de l'Ontario

Gouvernance intégrée : Ensemble, les points de service guident le financement, les plans de pérennité, les collaborations avec les partenaires, les éléments de données (mesures communes, suivi des données) et la meilleure façon de transmettre l'information aux partenaires locaux.

Collaborations : Les fournisseurs de services établissent des partenariats avec les jeunes, les familles et d'autres secteurs afin de favoriser l'amélioration continue des SIJ.

Point de service intégré : Les jeunes ont accès à tout ce dont ils ont besoin en un seul endroit, grâce à un modèle de soins exhaustif à accès unique. Les établissements offrent des services de dépistage précoce et un accès rapide et fluide à divers services de santé mentale et de lutte contre l'usage de substances de grande qualité dans des locaux aisément reconnaissables, faciles d'accès et conviviaux pour les jeunes.

Services fondés sur des données probantes ou générant de telles données : Services et interventions de grande qualité qui sont caractérisés par une approche de traitement personnalisée, qui combinent recherche empirique, expertise des cliniciens et expérience des jeunes et des familles, et où des processus d'amélioration de la qualité reconnus sont en place.



<p>Participation des jeunes : Un processus actif et continu visant la représentation des jeunes dans toutes les activités de planification, de mise en œuvre et d'évaluation. La participation concrète des jeunes permet de s'assurer que ces derniers contribuent à la cocréation, à la gouvernance, à la mise en œuvre et aux processus d'évaluation des services, de sorte que les carrefours bien-être pour les jeunes de l'Ontario soient conviviaux.</p>
<p>Services axés sur les jeunes et appropriés sur le plan développemental : Ces services tiennent compte du stade de développement des jeunes, dont les besoins et les capacités varient et sont susceptibles de changer au cours de l'adolescence et au début de l'âge adulte. Très utiles, conviviaux, sûrs et non stigmatisants, ces services sont offerts dans des endroits et à des heures pratiques, et ils reposent sur des processus permettant aux jeunes de profiter de divers services sans trop d'obstacles à surmonter.</p>
<p>Participation des familles : Les familles prennent part à la conception, à la gouvernance, à la mise en œuvre et à l'évaluation des services afin que ceux-ci répondent mieux aux besoins des enfants, des jeunes et des familles.</p>
<p>Utilisation de mesures et d'évaluations des résultats normalisées : Les points de service se servent de mesures et d'évaluations des résultats normalisées pour recueillir discrètement des renseignements sur les jeunes qui accèdent aux services et leurs soignants. Les seuls renseignements recueillis sont ceux nécessaires pour déterminer comment mieux soutenir les jeunes et favoriser l'amélioration du système et les expériences de soins équitables. Toutes les mesures peuvent être utilisées de façon interactive auprès des jeunes durant la prestation de services afin de faciliter l'autoréflexion, l'établissement d'objectifs et le suivi des progrès.</p>
<p>Adoption d'une marque : Les points de service adoptent une marque cohérente que les collectivités peuvent reconnaître. Cette marque comprend des éléments visuels et des messages qui représentent l'éventail des services de bien-être offerts.</p>
<p>Capacité organisationnelle, approche et culture reposant sur des principes d'équité : Les principes d'équité précisent qu'« en raison de la distribution inégale du pouvoir, de la richesse et des ressources dans la société, diverses actions sont nécessaires pour que différentes personnes et différents groupes obtiennent des résultats semblables » (Association canadienne pour la santé mentale, division de l'Ontario, 2014, p. 7). Tous les sites devront remplir une autoévaluation donnant une idée de leurs compétences, de leurs capacités et de leur état de préparation en matière d'équité en santé afin de guider l'élaboration d'une stratégie d'équité en santé qui leur est propre.</p>
<p>Accès et environnements équitables et inclusifs : Les obstacles nuisant à la création d'environnements physiques et virtuels sûrs, accueillants et inclusifs pour les jeunes seront repérés et éliminés en collaboration avec les jeunes et leur famille.</p>
<p>Utilisation de données en lien avec l'équité : Utilisation de données de population locales et régionales et de renseignements démographiques pour renforcer la prestation des services.</p>
<p>Services adaptés sur les plans clinique et culturel : Les centres vont offrir des services qui respectent les croyances et les pratiques en matière de santé et répondent aux besoins culturels et linguistiques des divers jeunes. Ils établiront de nouveaux partenariats pour élargir leur offre de services adaptés sur le plan culturel en fonction des besoins locaux.</p>



Un récent examen de la portée (Settipani et coll., 2019) avait pour objectif de définir les principes et les caractéristiques clés de modèles de SIJ de divers pays. Les auteurs ont constaté que les principes se ressemblaient beaucoup, mais que les détails sur la mise en œuvre variaient, rendant ainsi difficile la reproduction, l'évaluation et la diffusion à grande échelle des interventions.

Données probantes

L'évaluation est au cœur des SIJ, et les rapports relatifs aux effets de ces modèles sur l'accès aux services spécialisés sont prometteurs. Une évaluation indépendante du programme de l'organisme australien headspace, l'une des premières et des plus grandes initiatives internationales visant à transformer le système des services liés à la santé mentale et à l'usage de substance pour les jeunes, a indiqué que le modèle utilisé offrait efficacement à un grand nombre de clients, pour la plupart des jeunes femmes, un point d'entrée dans le système de soins de santé et de services sociaux pour les jeunes. Pendant une période de 12 mois en 2016-2017, headspace a servi plus de 80 000 jeunes dans ses centres et 35 000 clients par l'intermédiaire de ses services virtuels et téléphoniques (Hetrick et coll., 2017).

La plupart des clients qui accèdent aux services de headspace le font sans y être officiellement dirigés (74 % durant l'année financière 2013–2014). Cette caractéristique du modèle est importante puisqu'elle facilite la recherche précoce d'aide chez les jeunes qui pourraient ne pas vouloir consulter leur fournisseur de soins primaires simplement pour être orientés vers headspace (Hilferty et coll., 2015). Les centres ont aussi réussi à mobiliser des jeunes de groupes marginalisés, y compris des jeunes s'identifiant à la communauté LGBTQ ou étant sans-abri. De plus, la proportion d'autochtones et d'insulaires du détroit de Torres servis par headspace est le double de leur proportion dans la population générale. Toutefois, d'autres jeunes issus de milieux culturels et linguistiques différents étaient incroyablement sous-représentés parmi les clients de headspace (Hilferty et coll., 2015).

Peu de clients de headspace sont officiellement orientés vers des services externes (de 3 % à 5 %), et ceux qui le sont vont souvent être dirigés vers des services de santé mentale tertiaires pour enfants et adolescents, des organisations communautaires non gouvernementales offrant aux jeunes des services non cliniques, ou des services de logement ou d'hébergement. Les évaluateurs en sont venus à la conclusion que le faible taux d'orientation vers des services externes est un signe du succès que connaît headspace dans la prestation, à un même endroit, de soins holistiques intégrés répondant aux multiples besoins des jeunes (Hilferty et coll., 2015).

D'autres modèles internationaux de SIJ ont donné des résultats semblables. Hetrick et ses collaborateurs (2017) ont mené une revue d'évaluations d'initiatives de SIJ, dans laquelle ils ont recensé 18 services ou réseaux de services, dont le programme de headspace. Les populations cibles et les services offerts variaient considérablement, et certaines caractéristiques centrales étaient mal définies ou décrites, comme la notion de « première évaluation en temps opportun ». Douze des services étaient axés sur la santé mentale et l'usage de substances, et offraient un mélange de services primaires et de services secondaires spécialisés. Les services étaient largement décrits comme présentant des caractéristiques conçues pour éliminer les obstacles à l'accès des jeunes et des familles aux soins. Parmi ces caractéristiques, notons les séances sans rendez-vous, l'accès direct, un emplacement central ou à proximité des transports publics, des activités et des espaces ouverts, et l'offre de services pour les jeunes en période de transition. En outre, 11 des services et réseaux ont déclaré faire participer les jeunes à la prise de décisions, à la direction, à l'élaboration et à la prestation des services. Il a été démontré que ce type de participation favorise l'accès des jeunes aux services et augmente l'efficacité de ces derniers (carrefours bien-être pour les jeunes de l'Ontario, s.d.), notamment en rendant possible la conception de services qui atténuent la



stigmatisation associée aux troubles de santé mentale et aux problèmes de consommation (Halsall et coll., 2019).

À l'instar du programme de headspace, les SIJ étudiés dans la revue de Hetrick font état d'un nombre élevé de jeunes, plus souvent des filles que des garçons, accédant à des soins et à du soutien, y compris des jeunes issus de populations habituellement mal servies. En général, les clients se sont dits très satisfaits quant à l'accessibilité, à l'acceptabilité et à la pertinence perçues des services offerts, bien que les clients du programme australien de headspace aient déclaré être moins satisfaits des heures de services et des longues listes d'attente. Des chercheurs de l'initiative québécoise ACCESS Esprits ouverts ont également souligné les difficultés associées à la mobilisation des jeunes sans-abri, de leur famille et de leurs soignants, ainsi qu'au maintien de leur participation (Abdel-Baki et coll., 2019).

Plus récemment, Foundry a publié les résultats de la mise en place de six centres de SIJ et de services virtuels complémentaires en Colombie-Britannique. Dans l'ensemble, l'évaluation a montré que le modèle permettait efficacement de joindre les jeunes ayant besoin de soutien. Pendant une période de 15 mois en 2017-2018, les centres Foundry ont servi 4 783 jeunes et permis 35 791 consultations. Une proportion relativement grande des jeunes présentait des caractéristiques augmentant la vulnérabilité à l'usage de substances et aux troubles de santé mentale, comme l'homosexualité, la bisexualité, l'identité autochtone, et les situations de logement précaire. Foundrybc.ca, la plateforme en ligne de Foundry lancée au début de 2018, a également été souvent fréquentée : on y compte plus de 34 000 nouveaux utilisateurs depuis son lancement, ainsi que plus de 47 000 visites et près de 8 000 accès directs (Foundry, 2018).

Les services les plus souvent demandés et utilisés dans l'ensemble des centres Foundry concernaient la santé mentale et l'usage de substances, et la vaste majorité des jeunes servis ont accédé à ces services au moins une fois. Les soins primaires étaient également courants, représentant le quart des services offerts aux jeunes. Les services demandés sont importants étant donné l'accès limité aux soins psychiatriques et aux autres services de santé mentale spécialisés dans la province, et ils permettent d'assurer la continuité des soins chez les jeunes ayant besoin d'une pharmacothérapie psychiatrique continue (Foundry, 2018).

Comme pour le programme de headspace, les clients de Foundry se sont généralement dits très satisfaits des divers aspects des services reçus, mais un peu moins du quart des clients ont déclaré être insatisfaits du temps d'attente. Pour répondre à ces préoccupations, et considérant que bon nombre des services offerts le sont sur demande – c'est le cas par exemple du counseling sans rendez-vous et de certains soins primaires –, les centres Foundry cherchent des façons d'allonger les heures de soir et de fin de semaine pour améliorer l'accès aux services (Foundry, 2018).

De plus en plus de données probantes montrent que les modèles de SIJ favorisent efficacement la participation aux soins chez les jeunes qui, en l'absence de tels services, ne chercheraient autrement pas à obtenir du soutien. Des clients ayant accédé aux services des Youth One Stop Shops de Nouvelle-Zélande ont indiqué que sans ces centres, ils n'auraient pas demandé de soins de santé physique ou mentale (Hetrick et coll., 2017). Près de la moitié (44 %) des clients de Foundry ont mentionné qu'ils n'auraient pas cherché de soutien si les services de Foundry n'avaient pas existé, et un client sur cinq (22 %) se serait tourné vers sa famille ou ses amis plutôt que vers un professionnel.

Les évaluations des modèles de SIJ réalisées jusqu'à maintenant ressemblent aux évaluations classiques des services de santé, en ayant par exemple recours à une étude de série de cas et en n'ayant pas de groupes expérimentaux. Les résultats de travaux de recherche plus solides sont toutefois imminents. Des chercheurs de l'initiative YouthCan IMPACT (présentée plus tôt) mènent un



essai clinique randomisé pragmatique visant à comparer l'efficacité et la rentabilité des modèles de soins collaboratifs intégrés offerts en équipe aux traitements classiques en milieu hospitalier prodigués à l'externe aux jeunes ayant des troubles de santé mentale ou de dépendance (Henderson et coll., 2017).

Résumé

Les SIJ découlent d'un mouvement pancanadien et international visant à améliorer l'accès et la participation des jeunes et de leur famille à des services intégrés fondés sur des données probantes qui répondent à leurs besoins et à leurs préférences. Les modèles de SIJ reposent sur des principes et des éléments fondamentaux conçus pour s'attaquer aux obstacles connus empêchant l'accès et la participation aux services. Ces principes et éléments comprennent la participation des jeunes à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation de services, de modèles de soins sans rendez-vous et d'environnements accueillants pour eux.

Les évaluations sont au cœur des modèles de SIJ, et la plupart des initiatives sont axées sur la connaissance des clients qui accèdent aux services, ainsi que sur l'efficacité et la rentabilité des services offerts. Or, ces évaluations ne sont généralement pas basées sur un modèle expérimental, ce qui empêche la comparaison des services de SIJ aux services classiques. Il existe toutefois une exception notable : l'essai clinique randomisé en cours dans le cadre de l'initiative YouthCan IMPACT.

Les évaluations montrent généralement que les modèles de SIJ favorisent la participation de nombreux jeunes aux services, y compris de jeunes de groupes marginalisés habituellement mal servis et de jeunes qui n'auraient autrement pas accédé à des soins. La question fondamentale qui se pose dans le cadre de la présente revue, question à laquelle on ne peut répondre en se basant sur les résultats d'évaluations actuellement disponibles, concerne la mesure dans laquelle les modèles de SIJ simplifient l'accès *rapide* aux services. Certes, les initiatives qui offrent des services sans rendez-vous ont l'infrastructure nécessaire pour favoriser un accès rapide, mais elles ont des difficultés en lien avec la longueur des listes d'attente. Il y a également une certaine variation entre les modèles en ce qui a trait à la participation de populations précises, comme les jeunes sans-abri et les jeunes issus de milieux culturels et linguistiques variés.

Bien que les modèles de SIJ reposent sur des principes et des éléments fondamentaux, la façon dont ils sont mis en œuvre et la mesure dans laquelle ils le sont varient, et aucun d'entre eux ne constitue à ce jour un exemple de pratique exemplaire (Hetrick et coll., 2017). Une conclusion commune présentée dans les études menées jusqu'ici concerne la nécessité d'effectuer plus de travaux de recherche continue, d'évaluations et de mesure du rendement, notamment en ce qui a trait aux effets sur l'accès aux services (Halsall et coll., 2019; Foundry, 2018). Dans le cadre de la présente revue, il est important non seulement de se demander si les modèles de SIJ réussissent à faire participer les clients aux services, mais aussi de se questionner sur la rapidité avec laquelle ils peuvent faire le pont entre les clients et les services et soutiens offerts.



3.5 Modèles d'accès centralisé et coordonné

Points clés

- Les modèles d'accès centralisé et coordonné proposent une approche efficace à l'arrimage des services, dans la mesure où ils sont mis en œuvre au moyen de processus et d'outils normalisés, et évalués avec des indicateurs de mesure du rendement appropriés.
- Il est difficile de résumer les données probantes sur ce type de modèle en raison des différentes approches et des « ingrédients actifs » de chacun d'entre eux, des différences importantes dans la portée et le contexte communautaire, et des différentes méthodes employées pour en faire l'évaluation.
- Ces modèles ont un fort potentiel pour améliorer les systèmes de traitement en améliorant la coordination des services et l'accès à ces derniers. De nombreux modèles existants ont été structurés pour répondre aux préférences souvent exprimées par les clients et les familles, comme l'accessibilité à des guichets uniques et des services d'aide à la navigation du système. Par contre, leurs caractéristiques n'ont pas été suffisamment évaluées en fonction des clients et des familles. Les modèles d'accès centralisé et coordonné n'entraînent pas nécessairement de meilleurs résultats quant aux traitements. Outre les défis importants qu'ils posent pour la mise en œuvre, ils nécessitent un fort leadership et de solides partenariats, l'adhésion des intervenants et des ressources adéquates.
- L'accès centralisé et coordonné doit être complémentaire aux mesures prises pour veiller à ce que le système puisse répondre à la demande en offrant des services de traitement et de soutien fondés sur des données probantes qui soient efficaces et adaptés aux besoins. Il faut aussi suffisamment de flexibilité pour répondre à la hausse de demande de traitements que peut provoquer ce type de modèle.
- Il faudra procéder à l'évaluation précise des éléments nécessaires aux modèles d'accès centralisé et coordonné pour joindre des membres de populations marginalisées, comme les personnes itinérantes, les réfugiés et les nouveaux arrivants, et les personnes habitant en milieu rural ou en région éloignée.
- Il faut aussi porter attention aux besoins des personnes qui présentent des problèmes de consommation, avec ou sans trouble de santé mentale concomitant, puisque bon nombre des modèles émergents suscitent l'adhésion des services de santé mentale, qui ont une capacité ou des compétences limitées pour évaluer ou planifier le traitement de personnes ayant ce profil.

Les plans stratégiques provinciaux et territoriaux (VIRGO Planning and Evaluation Consultants, Inc., 2018; province de la Nouvelle-Écosse, 2019), ainsi que les revues axées sur les systèmes de traitement de l'usage de substances (Rush, Kirkby et Furlong, 2016) mentionnent systématiquement à quel point il est difficile pour les personnes ayant besoin de soutien d'accéder aux services et de naviguer dans le réseau. À cette difficulté s'ajoute le fait que les clients doivent raconter leur histoire à maintes reprises, l'information n'étant pas transmise d'un fournisseur à l'autre lors de l'orientation vers un programme ou de la transition officielle entre deux programmes.

Des modèles systémiques s'articulant autour de ces difficultés ont émergé. Ces modèles vont au-delà des améliorations que peuvent apporter les fournisseurs de services pour simplifier leurs



processus d'admission et d'accès, si importantes soient-elles⁴, en favorisant le travail en réseau avec les autres fournisseurs communautaires. Deux approches assez différentes l'une de l'autre ont pour but d'améliorer la façon dont les gens entrent en contact avec un réseau de prestation de services et participent au traitement et au soutien répondant à leurs besoins. L'*accès centralisé* fait généralement référence à un point de service unique ou à un modèle en étoile dans lequel les clients passent par un processus d'admission et d'évaluation central pour ensuite être dirigés vers le niveau de soins approprié pour eux. Les services sont accessibles en un seul endroit, où tout est regroupé. L'*accès coordonné*, quant à lui, a habituellement pour but d'assurer l'uniformité des principaux processus d'admission, de dépistage et d'évaluation des fournisseurs de services participants, de même que celle des ententes relatives au cheminement et aux protocoles d'orientation et de transition entre les fournisseurs et au-delà. L'expression « il n'y a pas de mauvaise porte » illustre bien plusieurs éléments de l'approche d'accès coordonné, en particulier lorsque les outils et les protocoles communs sont officialisés.

Comme les efforts déployés pour l'élaboration de ces modèles le sont à l'échelle systémique plutôt qu'à l'échelle organisationnelle ou programmatique, diverses stratégies de développement communautaire et de conception de système de santé peuvent être utilisées, y compris des stratégies relatives à l'effet collectif (Spark Policy Institute et ORS Impact, 2018), aux soins collaboratifs et par paliers (Richards, 2012), et à l'intégration des services liés à l'usage de substances et à la santé mentale (Rush et Nadeau, 2011). L'objectif principal est ici de réduire le plus possible les obstacles rencontrés par les personnes qui tentent de trouver et d'obtenir l'aide dont elles ont besoin. Les soins par paliers sont un principe particulièrement important dans les modèles d'accès centralisé et coordonné puisqu'ils visent à offrir des traitements de faible intensité à la plupart des gens et à appliquer des mécanismes et des ressources permettant d'en augmenter l'intensité pour les personnes ayant des problèmes plus graves ou plus complexes (Goldner, Bilsker et Jenkins, 2016).

Les modèles d'accès centralisé et coordonné ont été mis en place pour réduire le temps d'attente, faciliter le dépistage efficace accélérant le triage des cas orientés et raccourcissant le temps d'évaluation subséquent (Mohr et Bourne, 2004), veiller à ce qu'une personne se retrouve au bon endroit au bon moment grâce aux outils d'attribution des traitements et de navigation, et augmenter la rétention des traitements et la continuité des soins (Association médicale canadienne, 2011).

Rush et Saini (2016) ont évalué les diverses façons dont les modèles d'accès centralisé et coordonné étaient appliqués en cas d'usage de substances ou de troubles de santé mentale en Ontario et ailleurs. Ils ont conclu que même si elles sont nombreuses, principalement en raison du contexte communautaire, de la diversité des partenariats communautaires conclus, des structures de gouvernance et de la portée, ces approches présentent plusieurs caractéristiques communes, en lien avec les éléments suivants :

- **Accès :** Mécanismes visant à appuyer la navigation dans les services, comme la production de messages clairs et stratégiques pour le public et les fournisseurs sur la façon d'accéder aux services (p. ex. méthode de contact), qui comprennent de plus en plus les services offerts en personne et ceux rendus possibles par la technologie Web.

⁴ Parmi les exemples d'amélioration que peuvent apporter les fournisseurs pour favoriser l'accès, notons les admissions en groupe plutôt qu'individuelles; l'exécution d'autoévaluations, y compris d'autoévaluations virtuelles, avec des travailleurs de soutien au besoin; la prolongation des heures d'ouverture au-delà des heures normales de bureau; et l'offre de services sans rendez-vous, par exemple certains jours ou à certains moments pour reprendre les rendez-vous non honorés généralement perdus. Lire également l'article de Madden et de ses collaborateurs (2018) pour y trouver un excellent exemple d'augmentation de la capacité du traitement par agonistes opioïdes dans un centre étant passé à un modèle d'accès ouvert.



- **Admission** : Critères d'admissibilité et outils et processus de dépistage clairs, bien documentés, à faible seuil et transparents, qui permettent l'admission des personnes répondant aux critères et donnent aux autres des cheminements précis pour obtenir de l'information et du soutien.
- **Évaluation** : Utilisation d'outils et de procédures d'évaluation communs et validés complétant le dépistage à l'admission et jumelant les personnes aux ressources appropriées, selon leurs forces et leurs besoins.
- **Attribution ou orientation** : Priorités claires et transparentes, ainsi que critères et processus d'orientation uniformes ou pouvoir décisionnel pour l'admission directe aux services requis. Les processus peuvent comprendre des approches de soins par paliers officielles ou non.
- **Navigation dans le système** : Soutien lors des transitions – par exemple du point d'évaluation au service suivant –, évaluations supplémentaires facilitées, et planification des traitements et du soutien, au besoin. La navigation dans le système peut comprendre le recours à des pairs aidants.
- **Saisie et transmission de données** : Infrastructure pour la transmission de renseignements sur la santé (résultats de dépistage ou d'évaluation, issue des services, etc.) facilitant les transitions et réduisant la nécessité pour le client et sa famille de répéter des renseignements essentiels à la planification du traitement, du soutien et du suivi.
- **Changements systémiques** : Communication et planification continues entre les principaux partenaires communautaires, et mesure régulière d'indicateurs de résultats et de processus afin d'évaluer le rendement et d'apporter sans cesse des améliorations.

Outre ces caractéristiques communes, les modèles locaux seront déterminés par le contexte et les besoins communautaires, y compris ceux en lien avec la portée des services – comme l'inclusion de soins de santé mentale et de soins primaires – et la couverture aux diverses étapes de vie.

L'expérience a montré que plus la vision est large au départ, plus elle s'accompagne de difficultés de conception et de mise en œuvre en lien avec les aspects fondamentaux des modèles (Rush et Furlong, 2017). La revue de Rush et de Saini mentionnée plus tôt a mis en évidence l'absence de données concluantes sur les pratiques exemplaires en matière de conception, de mise en œuvre et d'exploitation d'un système à accès coordonné, ainsi qu'un manque de renseignements sur l'efficacité de ce type de modèle en Ontario. Étant donné ces résultats, les auteurs ont recommandé l'évaluation des modèles d'accès coordonné ontariens, de même que la création d'un modèle logique provincial pour guider l'élaboration du plan d'évaluation et des indicateurs de rendement.

Un élément important des modèles d'accès centralisé et coordonné est la coordination avec les centres d'appel et les lignes fournissant des services d'information et d'orientation sans dépistage, évaluation ou autre intervention clinique, et avec les services de crise, comme les lignes d'écoute téléphonique. Aujourd'hui, l'accès aux services d'information et d'orientation est facilité par la technologie (p. ex. téléphone, solutions Web), qui peut même permettre la prise automatique de rendez-vous pour des traitements ou du soutien, comme le montrent ConnexOntario et certaines régions sanitaires ontariennes. Toutefois, l'évaluation de la mesure dans laquelle ces services améliorent l'accès au traitement et au soutien est compliquée par le manque de renseignements sur le degré auquel les gens profitent de l'information et des occasions d'orientation qui leur sont offertes, et par le fait que les utilisateurs des systèmes sont généralement anonymes. Les études font cependant état d'un nombre élevé d'appels ou de prises de contact, ainsi que d'un nombre considérable de demandes d'information traitées, comme c'est le cas pour ConnexOntario (Wighton, 2009).



En ce qui concerne les lignes d'écoute téléphonique et les services de crise, il est essentiel que les modèles d'accès centralisé et coordonné permettent l'établissement rapide et sûr d'un lien avec des services de gestion immédiate de crise (Rush et Furlong, 2017). Cela dit, les services de crise eux-mêmes sont au cœur des modèles d'accès centralisé. La ligne d'accès et de crise de Géorgie est un service d'urgence étatique offrant un point d'accès unique aux services de crise du nord de la Géorgie, y compris aux équipes mobiles et d'intervention, et est une ligne d'assistance où des professionnels font le pont entre les appelants et les services appropriés (Schuble, Graham et Covington, 2010). Cette ligne est plus qu'une simple ligne d'assistance puisqu'elle offre aux appelants de tout l'État un accès normalisé à un système de soins exhaustif et coordonné en les dirigeant vers des traitements de la dépendance et des troubles de santé mentale ou vers d'autres services et en permettant des interventions d'urgence au besoin. Elle constitue un autre exemple de solution électronique de prise de rendez-vous avec des agences partenaires ayant le potentiel d'améliorer considérablement l'accès aux services et les transitions harmonieuses.

Les modèles d'accès centralisé et coordonné peuvent comprendre divers services regroupés dans des modèles de soins par paliers. À l'heure actuelle, au Canada, cette approche est la mieux illustrée par le modèle Stepped Care 2.0, qui englobe des services en lien avec la santé mentale et avec l'usage de substances. Conformément aux principes de soins par paliers, Stepped Care 2.0 et ses prédécesseurs (O'Donohue et Draper, 2011) organisent les services de façon à ce que les interventions les moins intenses motivées par l'évaluation initiale soient réalisées en premier, puis à ce que des modifications soient apportées en fonction de la détresse ou des besoins des clients. Les traits distinctifs de Stepped Care 2.0 en lien avec l'accès au traitement sont les suivants :

- Accès en tout temps à des registres de services communautaires dans un portail Web;
- Stratégies de navigation;
- Informations générales sur la santé mentale;
- Accès à des outils d'autoassistance;
- Accès téléphonique ou par messagerie texte à des pairs aidants ou, en cas d'urgence, à des conseillers professionnels spécialisés en gestion de crise;
- Offre de consultations individuelles le jour même, sans rendez-vous, pour effectuer une évaluation minimale, proposer des solutions immédiates, et établir une stratégie de reconnaissance des échecs et d'évaluation approfondie, si nécessaire;
- Utilisation de divers outils technologiques, comme des applications Web et mobiles;
- Suivi continu des résultats pour savoir si une transition vers des interventions plus ou moins intenses s'impose.

D'abord créé pour être utilisé auprès d'étudiants universitaires (Cornish et coll., 2017), puis modifié pour englober la population générale et appliqué à Terre-Neuve-et-Labrador (Commission de la santé mentale du Canada, 2019), le modèle Stepped Care 2.0 a été utilisé par Santé Canada pour lutter contre les problèmes de santé mentale et d'usage de substances dans le contexte de la pandémie de COVID-19 (Cornish, 2020). Les services individuels, qui sont au cœur de Stepped Care 2.0 et qui visent directement l'amélioration de l'accès, ont fait l'objet d'évaluations qui s'intéressaient davantage à leur utilisation en cas de troubles de santé mentale plutôt qu'en cas d'usage de substances et étaient surtout axées sur leurs résultats (Firth, Barkham et Kellett, 2015; Ho, Yeung, Ng et Chan, 2016). L'examen initial du modèle en milieu universitaire a mis en évidence des améliorations considérables dans l'accès aux services, qui se sont traduites par une augmentation



de la présence aux rendez-vous et une diminution du temps de consultation accordé à chaque client. Aucune analyse comparative fondée sur le genre n'a été faite. Son examen auprès de la population de Terre-Neuve-et-Labrador a quant à lui montré une baisse du temps d'attente provincial, mais cette baisse n'a pas pu être directement associée au programme étant donné la présence d'autres initiatives concomitantes influant sur le temps d'attente. Des renseignements qualitatifs positifs sont également venus des intervenants clés, qui ont signalé une amélioration de l'accès attribuable entre autres aux solutions électroniques de santé mentale; en effet, ces dernières auraient réduit le nombre de personnes aux consultations sans rendez-vous et dans les soins par paliers, laissant ainsi plus de place aux personnes qui avaient besoin de soins intensifs (Commission de la santé mentale du Canada, 2019). L'échantillon était formé principalement de femmes (82 %) et n'était pas représentatif de la population de Terre-Neuve-et-Labrador. L'évaluation a montré un certain succès quant à l'amélioration de l'accès, mais a également souligné le besoin d'accroître le nombre de ressources et d'évaluations dédiées, notamment en ce qui a trait à la mise en œuvre et aux difficultés qui y sont associées.

Données probantes

Dans les années 1990 et au début des années 2000, de nombreuses études ont été entreprises aux États-Unis, en particulier sur le rôle des centres d'admission centrale (CAC), qui servent de point d'accès unique au système de traitement et étaient à l'époque synonymes d'accès centralisé au pays. Ces travaux, résumés par Rush et Saini (2016), portent une grande attention aux services liés à la santé mentale et à l'usage de substances, y compris ceux offerts aux sans-abri. L'une des premières études traitant de l'usage de substances a porté sur le développement d'un modèle d'accès centralisé appelé « Target Cities ». Les divers sites du projet avaient des éléments communs, qui comprenaient une évaluation normalisée, un examen de la santé physique, l'utilisation d'un système d'information de gestion pour faciliter la collecte des données et la production de rapports, l'orientation des clients vers les programmes de traitement appropriés, et le recours à une liste d'attente centralisée⁵. Cependant, le fonctionnement des CAC variait d'un site à l'autre, ce qui a sans doute contribué à l'obtention de résultats inégaux.

Répondant à la synthèse positive de Gurdysh et de Claus (2002) et se fiant à l'expérience des CAC de Target Cities à Philadelphie, Bencivengo (2001) a mentionné que ce type de services centralisés avait des conséquences négatives sur les issues du traitement de l'usage de substances. Rapp et ses collaborateurs (2006) ont présenté les obstacles signalés principalement par des hommes ayant cherché un traitement de l'usage de substances auprès d'un CAC et soulevé des difficultés en lien avec les processus d'admission, la faible disponibilité des traitements et les conflits d'horaire. Même si leur sujet ne se rapportait pas directement à l'initiative fédérale Target Cities, Rohrer et ses collaborateurs (1996) se sont penchés sur les résultats associés à la mise en place d'un système centralisé d'admission et d'orientation pour le traitement de l'usage de substances comme mesure de réduction des coûts dans une région de l'Iowa. Ils ont conclu que les clients faisant appel à ce système étaient moins susceptibles que les autres de suivre leur traitement jusqu'à la fin.

Contrairement à ces rapports négatifs sur l'admission centralisée, Scott, Sherman, Foss, Godley et Hristova (2002) ont constaté que les personnes qui accédaient à des services de gestion de cas par l'intermédiaire d'une admission centralisée étaient plus susceptibles de se présenter à leur traitement et d'être orientées vers des services non liés au traitement de l'usage de substance. Ces mêmes auteurs ont découvert qu'à Chicago, les participants de la cohorte d'admission centralisée du projet Target Cities présentaient une diminution de l'usage de substances et une amélioration de leurs

⁵ Consulter l'article de Gurdysh et de Claus (2002) pour une description et un résumé de l'initiative fédérale américaine Target Cities.



perspectives d'emploi, comparativement aux témoins précohorte (Scott, Foss et Sherman, 2003). Une autre étude a également montré que l'orientation vers des traitements par les CAC était associée à un taux d'achèvement plus élevé, qui a à son tour été lié à une meilleure attribution des traitements (Wickizer et coll., 1994). Un autre site de Target Cities a indiqué que l'admission centralisée, comparativement à l'accès direct, améliorerait l'issue des traitements en lien avec des problèmes d'ordre juridique (Barron, McFarland et McCamant, 2002). Enfin, il a été observé que les personnes ayant peu attendu après leur admission centralisée, des hommes pour la plupart, étaient plus susceptibles que les autres de se présenter au premier rendez-vous d'évaluation (Claus et Kindleberger, 2002). Ces études de Target Cities ne comportaient pas d'analyses fondées sur le genre.

Ces travaux menés aux États-Unis ont influencé ceux réalisés en Ontario à de nombreux égards. Dans les années 1980 et 1990, la Fondation de la recherche sur la toxicomanie encourageait et appuyait directement la création d'un grand nombre de « centres d'évaluation et d'orientation » dans le but d'augmenter l'accès aux traitements de l'usage de substances au moyen d'une approche d'évaluation et d'attribution de traitement centralisée. Une étude subséquente (Rush, Ellis, Allen, Graham et Osborne, 1995) a révélé que ce modèle était caractérisé par un manque d'orientation vers des traitements à l'externe. Ce résultat était un indice précoce que les efforts déployés dans un point de service communautaire central pour améliorer l'accès ne donnent pas toujours lieu à une augmentation de la capacité à fournir directement des traitements et du soutien. D'ailleurs, en Ontario, des tentatives récentes d'application de quelques modèles d'accès centralisés pour l'usage de substances et les troubles de santé mentale ont indiqué que le système peut rapidement être submergé par les appels et les prises de contact découlant de la promotion des services dans la communauté (Rush et Saini, 2016).

Après la parution du rapport descriptif de Rush et de Saini (2016) sur l'accès centralisé et coordonné, un autre rapport, plus évaluatif celui-là, a été publié (Rush, Turner et MacCon, 2017). Ce rapport s'intéressait aux effets des modèles d'accès coordonné ontariens sur le système de traitement et de soutien en matière de santé mentale et d'usage de substances, ainsi que sur les facteurs associés à leur succès. Il était difficile d'obtenir une réponse aux questions sur l'efficacité de ces modèles en raison du manque de données quantitatives en lien avec les indicateurs et l'accès au traitement, manque attribuable en grande partie à la nature nouvelle et évolutive de la plupart des services. En ce qui concerne la rétroaction qualitative des intervenants sur les avantages communautaires, les commentaires étaient partagés, et la plupart des répondants avaient l'impression que les modèles n'avaient pas eu d'effets très positifs ni très négatifs. Les fournisseurs de services en particulier ont exprimé un certain scepticisme, soulignant que malgré leur utilité, les services d'accès coordonné n'avaient pas réussi à tenir compte des nombreux facteurs qui ont accéléré leur évolution. Ces facteurs se rapportaient notamment à la navigation dans les services, au dépistage, à l'attribution des services en fonction des besoins et à la réduction des temps d'attente. Les auteurs ont également traité de difficultés de mise en œuvre, dont celles rencontrées lors de l'adaptation des modèles d'accès coordonné et de la gestion des contraintes en fonction du contexte local. Parmi ces difficultés se trouvent des limites relatives au mandat, aux structures de gouvernance, aux occasions d'orientation et à l'infrastructure des technologies de l'information. Les intervenants, quelle que soit leur opinion personnelle, avaient généralement l'impression que l'accès coordonné était un travail en évolution au moment de l'analyse, et ils ont relevé de nombreuses occasions qui permettraient d'améliorer les services, les résultats des personnes ayant une expérience vécue et les résultats du système de santé mentale et de lutte contre les dépendances. Les auteurs ont également souligné plusieurs caractéristiques prometteuses des modèles existants.

Le modèle en étoile visant à accroître l'accessibilité du traitement par agonistes opioïdes au Vermont est un modèle d'accès centralisé bien étudié (Brooklyn et Sigmon, 2017). Cinq régions du



Vermont ont des cliniques carrefours désignées qui sont structurées autour d'un programme existant où des professionnels ont l'autorité et les permis nécessaires pour prescrire et distribuer de la buprénorphine et de la méthadone. Le personnel des carrefours réalise les évaluations et détermine quel fournisseur satellite donnera le traitement. Les points d'entrée dans les carrefours sont variés et comprennent les hôpitaux, les services d'urgence (surtout après le traitement d'une surdose ou la prise en charge médicale d'une maladie associée à l'injection de drogues), les programmes à l'interne, les établissements du Département des services correctionnels et les programmes communautaires de santé mentale.

Les transferts de patients entre les carrefours et les fournisseurs satellites sont bidirectionnels; par exemple, un patient d'un établissement satellite peut être renvoyé au carrefour si son état devient instable durant le traitement. Le modèle de financement retenu permet également la prestation à domicile de services en lien avec la gestion des soins intégrés, la coordination des soins, le soutien individuel et familial, et l'orientation vers des services communautaires. Un bref processus de dépistage et d'évaluation faisant appel à divers outils validés a été créé pour permettre l'évaluation efficace de la gravité de l'usage de substances à l'admission, faciliter le recensement des difficultés dans divers domaines psychosociaux (p. ex. troubles juridiques et problèmes en lien avec le transport, la douleur chronique ou le soutien social), et aider les médecins à diriger les patients vers les soins les plus appropriés. Ce processus a été intégré à l'évaluation faite par tous les carrefours à l'admission et est souvent utilisé comme outil de triage par les fournisseurs satellites.

Bon nombre des caractéristiques fondamentales du système d'accès centralisé ont été ajoutées à ce modèle en étoile, dont l'adoption à l'échelle de l'État a été associée à une augmentation considérable de la capacité de traitement des troubles liés à l'usage d'opioïdes; aujourd'hui, le Vermont a la plus grande capacité de traitement aux États-Unis. On a également constaté une augmentation de 64 % du nombre de médecins autorisés à prescrire de la buprénorphine, une augmentation de 50 % du nombre de patients servis par médecin autorisé et un système de transfert bidirectionnel solide entre les carrefours et les fournisseurs satellites en fonction des besoins cliniques des patients. Aucune analyse comparative fondée sur le genre n'a été faite.

Résumé

Il est difficile de résumer les données probantes sur ce type de modèle en raison des différentes approches et des « ingrédients actifs » de chacun d'entre eux, des différences importantes dans la portée et le contexte communautaire. Les études menées par des systèmes de santé d'autres pays, comme les États-Unis, pourraient ne pas s'appliquer au contexte canadien. Ces études ont utilisé divers indicateurs de rendement aux fins d'évaluation et ont accordé des priorités différentes aux indicateurs d'accès et aux indicateurs complémentaires de résultats de santé. Nous avons toutefois appris un fait important : les mesures visant à améliorer l'accès doivent s'accompagner de préoccupations à l'égard de la qualité du système de traitement et de sa capacité à offrir des services fondés sur des données probantes correspondant aux besoins. Sa capacité doit être assez grande et flexible pour lui permettre de répondre à la hausse de la demande pouvant découler des changements systémiques qui visent à améliorer l'accès.

En lien avec ce qui précède, il est important de rappeler que l'accès et les résultats sont des éléments essentiels des cadres de mesure de la qualité et du rendement systémiques (Urbanoski et Inglis, 2019), et qu'ils doivent être ciblés et évalués de manière équilibrée. Il n'y a aucune raison d'améliorer les indicateurs d'accès (p. ex. augmenter la couverture de la population dans le besoin, réduire le temps d'attente, raccourcir le temps de dépistage et d'évaluation, et diminuer le temps de consultation par client) si cette amélioration se fait aux dépens de celle des résultats de santé. Ce dilemme a été clairement expliqué comme étant la différence entre la « couverture des contacts »,



qui constitue le pourcentage de personnes dans le besoin étant en contact avec une ressource aidante, et la « couverture réelle », qui correspond au pourcentage de personnes dans le besoin recevant un service ou faisant l'objet d'une intervention dont l'efficacité est bien établie (De Silva et coll., 2014).

À l'heure actuelle, il est juste de conclure que les efforts visant à centraliser et à coordonner l'accès aux services sont fort susceptibles d'améliorer les systèmes de traitement et d'accroître l'accès aux services, mais il faut préciser qu'ils n'améliorent pas nécessairement les issues des traitements. Cette conclusion fait écho à celles des travaux importants menés sur les modèles d'accès centralisé il y a 30 ans (Guydish et Claus, 2002). De nombreux modèles existants ont été structurés pour répondre aux préférences souvent exprimées par les clients et les familles, comme l'accessibilité à des guichets uniques et des services d'aide à la navigation du système. Par contre, leurs caractéristiques n'ont pas été suffisamment évaluées en fonction des clients et des familles.

La plupart des études sur ces modèles mettent en évidence des difficultés de mise en œuvre importantes, notamment en ce qui a trait à leur adoption systémique et à l'établissement de partenariats, ainsi que des changements dans les rôles de nombreux employés clés (Commission de la santé mentale du Canada, 2019). Rush et Saini (2016) se sont penchés sur les principaux éléments de la mise en œuvre réussie des modèles d'accès centralisé et coordonné en Ontario, soit un leadership solide, l'adhésion des intervenants, et des ressources adéquates. Ils ont également souligné l'importance de la flexibilité des modèles, qui favorise leur adaptation au contexte local, et de la collaboration continue avec les principaux intervenants. Les obstacles à la mise en œuvre souvent mentionnés comprenaient une portée trop large, la sous-estimation des besoins et des ressources, de même que le manque de compréhension et de collaboration entre les fournisseurs de services participants.

Les modèles de planification fondés sur les besoins peuvent être utiles pour estimer les besoins communautaires selon la gravité des problèmes et veiller à la prise en compte de la capacité nécessaire aux différents cheminements suivis par les personnes ayant des problèmes légers ou modérés, ainsi que par celles ayant des besoins complexes (Rush, Tremblay et Brown, 2019; Rush et Furlong, 2017). Il faut évaluer les composantes des modèles d'accès centralisé et coordonné essentielles chez les populations marginalisées, comme les sans-abri et les personnes vivant dans des collectivités rurales ou éloignées. En outre, des difficultés se posent lorsque vient le temps d'utiliser ces modèles pour améliorer l'accès aux services des réfugiés et des immigrants ayant vécu des traumatismes importants ou ayant des croyances culturelles différentes sur la recherche d'aide pour l'usage de substances et les troubles de santé mentale (VIRGO Planning and Evaluation Consultants, Inc., 2018).

Dans leur étude, Rush et Saini en sont venus à la conclusion que les mécanismes d'accès centralisé et coordonné ne tiennent pas toujours compte de la capacité du système à faire face à une demande d'aide accrue. Or, s'ils comprennent des processus et des outils normalisés et s'ils sont suivis avec des indicateurs de rendement appropriés, ces mécanismes permettent l'attribution efficace des services. Il est aussi important de porter une attention particulière aux besoins des personnes ayant des problèmes liés à l'usage de substances ou des dépendances – qu'elles aient des troubles de santé mentale concomitants ou non –, puisque bon nombre des modèles émergents sont utilisés dans des services de santé mentale où la capacité et les compétences nécessaires à l'évaluation de l'usage de substances et à la planification du traitement sont limitées.



4.0 Sommaire et implications

4.1 Sommaire

L'accès aux soins de santé, y compris aux traitements et au soutien pour un usage de substances risqué ou problématique, est une donnée fondamentale permettant d'évaluer la qualité d'un système de services de santé. Son importance est soulignée dans les récents plans stratégiques provinciaux et territoriaux, les revues approfondies du système de traitement, et les rapports d'experts et d'organisations de premier plan en recherche et en application des connaissances. Il est particulièrement important de se concentrer sur l'accès aux services liés à l'usage de substances et aux troubles connexes étant donné les coûts et le fardeau de ces troubles pour la société, leur prévalence chez les jeunes et les adultes, et le faible taux de recherche d'aide et d'utilisation des services.

Le présent examen avait les objectifs suivants :

1. Définir les principales caractéristiques des différents modèles d'accès rapide conçus pour faciliter l'accès aux services de traitement liés à l'usage de substances et la participation à ces derniers;
2. Déterminer dans quelle mesure ces modèles ont permis d'améliorer l'accès aux services.

En raison des multiples dimensions des concepts d'« accès » et d'« accès rapide », des difficultés se sont posées lors de la définition de la portée de cet examen; c'est pourquoi nous avons décidé de nous concentrer sur cinq grands modèles abordant ces diverses dimensions :

- Modèles hospitaliers
- Modèles de services mobiles et d'approche active
- Modèles de type Dépistage, évaluation, intervention rapide et orientation vers des traitements
- Modèles de services intégrés pour les jeunes
- Modèles d'accès centralisé et coordonné

Bien que cet examen s'intéresse aux composantes les plus souvent présentées dans la littérature scientifique, les données n'ont pas permis de déterminer la mesure dans laquelle ces composantes, seules ou combinées, influencent positivement l'accès aux traitements. La synthèse de l'information a été compliquée par les facteurs suivants :

- Hétérogénéité dans l'ensemble des cinq grands modèles d'accès rapide et au sein même de ceux-ci;
- Hétérogénéité des contextes de mise en œuvre, notamment en raison de l'environnement communautaire, de la disponibilité des services communautaires et des difficultés à assurer la fidélité dans l'application des modèles;
- Hétérogénéité des populations servies, allant des personnes aux prises avec des problèmes graves (programmes de traitement communautaire dynamique) à celles ayant des problèmes légers (modèles de type Dépistage, intervention rapide et orientation vers le traitement), en passant par celles se trouvant entre ces deux groupes (carrefours de services pour les jeunes, et accès centralisé et coordonné);



- Variations dans l'interprétation et la mesure du succès d'une innovation, mises en évidence dans de nombreuses évaluations par l'attention accordée aux issues des traitements et du soutien plutôt qu'aux indicateurs en lien avec l'accès;
- Variations dans l'interprétation et la mesure de l'accès, notamment en ce qui a trait à la rapidité d'accès, à l'augmentation de la couverture, à l'achèvement des traitements et aux transitions;
- Courte durée de la majorité des études d'évaluation, ce qui pourrait ne pas laisser suffisamment de temps pour voir les effets mesurables des grands changements systémiques.

Objectif 1 : Définir les principales caractéristiques des différents modèles d'accès rapide

Nonobstant les limites relatives à la synthèse de la littérature sur les modèles d'accès rapide présentées plus tôt, voici les grands principes et les principales caractéristiques permettant de mettre l'accent sur les « ingrédients essentiels » qui améliorent l'accès aux services de traitement liés à l'usage de substances :

- Examen minutieux de la population cible pour **veiller à répondre aux besoins sur l'ensemble du continuum de gravité et de complexité** du problème de consommation, en fonction des indicateurs de santé de la population (p. ex. carrefours de services pour les jeunes, cliniques d'accès rapide à la médecine des dépendances, modèles de type DEIROT, et services d'accès centralisés et coordonnés, y compris les modèles en étoile);
- **Flexibilité** dans la façon d'accéder aux services et soutiens (p. ex. cliniques sans rendez-vous et services par téléphone, par Internet ou sur rendez-vous), comme ceux des carrefours de services pour les jeunes et des modèles d'accès centralisé et coordonné;
- **Capacité de mobilisation**, surtout pour les personnes présentant des problèmes graves ou complexes (p. ex. approche dynamique, services mobiles);
- **Accent sur le soutien à la transition** et la **coordination générale du réseau de services** en ce qui a trait aux éléments centraux de l'accès, notamment les transitions pour répondre à d'autres besoins que ceux liés à l'usage de substances (p. ex. soins de santé primaires et graves problèmes psychosociaux) [comme les modèles hospitaliers, y compris les cliniques transitoires, les carrefours de services pour les jeunes et les équipes de traitement communautaire dynamique];
- **Capacité des équipes multidisciplinaires pour chacun des modèles** : intégration de spécialistes en santé mentale et dans le traitement des problèmes de consommation dans les équipes de traitement communautaire dynamique, ajout d'un volet de médecine des dépendances dans modèles d'accès utilisés dans les services de santé, recours à des équipes intégrées dans les carrefours de services, etc.;
- Inclusion de principes fondamentaux et de **pratiques fondées sur des données probantes pour le dépistage, l'évaluation et les soins par paliers** afin de multiplier les occasions d'intervention précoce et les liens avec les services, et ainsi contribuer à optimiser les résultats suivant l'évaluation initiale (p. ex. modèles en étoile, accès centralisé et coordonné);
- Inclusion d'**indicateurs pour l'accès et pour les résultats** dans les cadres de mesure du rendement, avec des processus d'amélioration de la qualité intégrés afin de continuellement améliorer le programme, en fonction de la population servie (p. ex. carrefours de services pour les jeunes);



- **Mobilisation active des principaux acteurs** dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation continue, notamment de personnes ayant un vécu en matière d'usage de substances (p. ex. carrefours de services pour les jeunes, modèles d'accès centralisé et coordonné, approche dynamique).

Objectif 2 : Définir dans quelle mesure les modèles d'accès rapide ont permis d'améliorer l'accès aux services

Il existe différents niveaux de preuve quant aux effets des cinq modèles abordés dans cet examen. Certains modèles d'accès rapide, comme ceux des cliniques d'accès rapide à la médecine des dépendances des hôpitaux et ceux des carrefours de services pour les jeunes, fournissent des données convaincantes. D'autres en donnent cependant des moins convaincantes, par exemple en ce qui concerne la capacité des modèles de type DEIROT à améliorer l'accès aux services spécialisés pour les personnes ayant besoin de services et de soutien supplémentaires pouvant être offert dans le milieu de traitement.

Les difficultés d'évaluation présentées plus tôt doivent être prises en considération lors de la pondération des données, en particulier les préoccupations quasi universelles se rapportant au besoin de ressources et d'évaluations additionnelles axées sur la mise en œuvre. Dans d'autres cas, par exemple en ce qui concerne l'émergence récente de Stepped Care 2.0 et des cliniques de santé mobiles au Canada, il faut mener plus d'études sur l'efficacité de ces modèles chez les personnes qui ont ou qui risquent d'avoir un trouble lié à l'usage de substances, ainsi que sur l'inclusion d'indicateurs de résultats propres à l'accès aux services. Certaines des composantes de la prestation de services du modèle Stepped Care 2.0 sont trop récentes pour permettre de tirer des conclusions à leur sujet; elles se rapportent notamment au dépistage et à l'évaluation en ligne, de même qu'aux interventions thérapeutiques sur le Web.

En somme, et selon les données probantes disponibles, nous répondons à notre deuxième question de recherche par un « oui » prudent. Bon nombre des stratégies examinées ont augmenté l'accès ou montré qu'elles avaient le potentiel de le faire. Elles s'avèrent également prometteuses quant à la recherche de services par les personnes qui ont un trouble de l'usage de substances et qui auraient autrement attendu que leur problème devienne grave avant de demander de l'aide. Elles stimulent ainsi la mobilisation et l'intervention précoces, qui sont au cœur des approches visant à élargir la base de traitements et de soutien. Les études menées à ce jour laissent en suspens des questions sur l'importance des éléments centraux de certaines initiatives et leur incidence positive sur les résultats en matière de santé et le rendement du capital investi. Pour y répondre, il faudra faire appel à des évaluations ciblées et à la science de la mise en œuvre. Des activités de recherche et d'évaluation concertées seront également nécessaires pour s'assurer que les initiatives visant à améliorer l'accès aux services et au soutien liés à l'usage de substances tiennent compte des personnes qui présentent des besoins importants ou complexes, y compris les populations marginalisées et vulnérables. Les travaux menés à ce jour révèlent aussi des lacunes importantes dans la compréhension de l'efficacité des différents modèles à améliorer l'accès des personnes de tous genres, malgré les données disponibles sur les différences entre les genres quant aux besoins et à la recherche d'aide. Ces lacunes existent également dans la recherche auprès d'autres populations, comme les nouveaux Canadiens, les réfugiés, les Autochtones et les personnes minoritaires sur le plan de l'orientation sexuelle ou de l'identité.



4.2 Implications pour la planification, l'évaluation et la recherche systémiques

Les modèles d'accès rapide sont prometteurs quant à la participation des personnes ayant un problème de consommation et à leur orientation vers un continuum de services et de soutien adaptés en fonction du risque, de la gravité, de la chronicité et de la complexité de l'usage de substances, ainsi que des méfaits qui en découlent. Cependant, la concrétisation de cette promesse demeure limitée par la mesure dans laquelle les services et les soutiens, de même que les compétences des professionnels qui les offrent, sont accessibles dans la communauté. La planification et la mise en œuvre de modèles d'accès rapide nécessiteront une approche systémique ancrée dans la compréhension des besoins de services des diverses populations d'une région donnée, la *portée et l'accessibilité* de ces services, les *compétences*, la *formation et le soutien* requis pour les offrir, et les *obstacles nuisant à l'accès*.

On ne connaît pas encore les répercussions à long terme de la pandémie de COVID 19 sur l'ensemble du réseau de services et de soutiens liés à l'usage de substances, surtout en ce qui a trait aux besoins et à la demande de services. La réponse à la pandémie a donné lieu à d'importantes innovations en matière de prestation de services assistée par la technologie, innovations susceptibles de s'intégrer à l'offre de façon permanente, au-delà de la pandémie. Ces changements auront des répercussions sur la planification des modèles visant à améliorer l'accès aux services et à répondre aux besoins en fonction du degré de risque et de gravité des différentes populations servies.

Le présent examen met également nettement en évidence la nécessité d'études et d'évaluations portant sur l'incidence qu'ont les modèles sur l'amélioration de l'accès aux services liés à l'usage de substances. Si possible, ces études et évaluations devraient traiter de la participation aux traitements et de l'intervention précoce, ainsi que de l'amélioration des résultats et de la rentabilité. Les chercheurs devront également décortiquer clairement le concept d'« accès » lors de l'élaboration de leurs questions de recherche et d'évaluation, et porter une attention particulière pour bien distinguer l'« accès rapide », par opposition au rendement habituel, de la « participation » accrue ou de la « participation précoce » des personnes profitant de services fondés sur des données probantes.

Il faudra travailler de façon concertée pour déterminer quels éléments des modèles de prestation de services sont responsables de l'amélioration de l'accès, et ce, pour quelles populations. Comme mentionné plus tôt, ce travail sera particulièrement essentiel étant donné l'expansion rapide des services virtuels, Web et mobiles, qui viendront probablement compléter – plutôt que remplacer – le dépistage, l'évaluation et le traitement en personne, de même que la gestion des cas et la continuité des services. La question centrale à savoir « pour quelles populations » l'accès s'est amélioré, notamment au moyen d'innovations technologiques, devrait être un incitatif pour prévoir une évaluation de l'équité en matière de santé dans les initiatives de planification et d'élaboration de programmes. Elle devrait aussi inspirer d'autres études et évaluations visant à combler une lacune importante dans les connaissances relatives aux répercussions chez certaines populations, en particulier les populations marginalisées, les personnes de tous les genres et les groupes ethniques ou culturels, et les personnes ayant des problèmes de différents degrés de risques et de gravité, avec ou sans troubles concomitants.

Le présent examen se limite à une analyse de la littérature publiée. Il est probable que des échanges avec des experts et des acteurs clés donneraient un éclairage plus nuancé et plus provincial et territorial des modèles d'accès rapide, notamment en ce qui concerne leurs répercussions, les défis



de leur mise en œuvre et leur intégration dans la planification du système dans son ensemble. De nombreuses questions restent à explorer sur l'utilisation accrue et la viabilité des options de services virtuels, dont plusieurs ont vu le jour récemment, en réponse à la pandémie de COVID-19. Outre les répercussions possibles de ces options sur l'accès aux services, l'étude devrait permettre d'évaluer celles qui sont susceptibles de s'arrimer aux services en personne, plutôt que de s'y substituer, la façon dont les données numériques sont intégrées au dossier des clients et aux systèmes de mesure du rendement, et, enfin, leur contribution aux résultats pour les clients et les familles (Quintana et Torous, 2020).



5.0 Bibliographie

- Abdel-Baki, A., D. Aubin, R. Morisseau-Guillet, S. Lal, M.-È. Dupont, P. Bauco, ... et S.N. Iyer. « Improving mental health services for homeless youth in downtown Montreal, Canada: Partnership between a local network and ACCESS Esprits ouverts (Open Minds), a National Services Transformation Research Initiative », *Early Intervention in Psychiatry*, vol. 13, 2019, p. 20-28.
- Aldridge, A., R. Linford et J. Bray. « Substance use outcomes of patients served by a large US implementation of Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment (SBIRT) », *Addiction*, vol. 112, 2017, p. 43-53.
- All-Party Committee on Mental Health and Addictions. *Towards recovery: A vision for a renewed mental health and addictions system for Newfoundland and Labrador*, 2017. Consulté sur le site : https://www.health.gov.nl.ca/health/all_party_committee_report.pdf
- Association canadienne pour la santé mentale – Ontario. *Advancing equity in Ontario: Understanding key concepts*, Toronto (Ont.), chez l'auteur, 2014. Consulté sur le site : <https://ontario.cmha.ca/wp-content/uploads/2016/07/Advancing-Equity-In-Mental-Health-Final1.pdf>
- Association médicale canadienne. *A collection of referral and consultation process improvement projects*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2011. Consulté sur le site : <https://www.waittimealliance.ca/wp-content/uploads/2014/05/Referral-and-Consultation-Processes.pdf>
- Babor, T.F., F. Del Boca et J.W. Bray. « Screening, brief intervention and referral to treatment: implications of SAMHSA's SBIRT initiative for substance abuse policy and practice », *Addiction*, vol. 112, 2017, p. 110–117.
- Ball, J.C. et A. Ross. *The effectiveness of methadone maintenance treatment*, New York, Springer-Verlag, 1991.
- Barata, I.A., J.R. Shandro, M. Montgomery, R. Polansky, C.J. Sachs, H.C. Duber, ... et W. Macias-Konstantopoulos. « Effectiveness of SBIRT for alcohol use disorders in the emergency department: A systematic review », *Western Journal of Emergency Medicine*, vol. 18, n° 6, 2017, p. 1143–1152.
- Barron, N., B.H. McFarland et L. McCamant. « Varieties of centralized intake: The Portland Target Cities Project experience », *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 34, n° 1, 2002, p. 75–86.
- Beaton, A., C.D. Shubkin et S. Chapman. « Addressing substance misuse in adolescents: A review of the literature on the screening, brief intervention, and referral to treatment model », *Current Opinion in Pediatrics*, vol. 28, n° 2, 2016, p. 258–265.
- Bencivengo, M.A. « A commentary on “Does centralized intake improve drug abuse treatment outcomes?” », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 20, n° 4, 2001, p. 275–276.
- Blanchette-Martin, N., J. Tremblay, F. Ferland, B. Rush, P. Garceau et A.M. Danielson. « Co-location of addiction liaison nurses in three Quebec City emergency departments: Portrait of services, patients, and treatment trajectories », *Journal canadien d'addiction*, vol. 7, n° 3, 2016, p. 42–48.
- Breda, C. et C.A. Heflinger. « Predicting incentives to change among adolescents with substance abuse disorder », *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, vol. 30, n° 2, 2004, p. 251–267.



- Brooklyn, J.R. et S.C. Sigmon. « Vermont hub-and-spoke model of care for opioid use disorder: Development, implementation, and impact », *Journal of Addiction Medicine*, vol. 11, n° 4, 2017, p. 286–292.
- Brubacher, J.R., A. Mabie, M. Ngo, R.B. Abu-Laban, J. Buchanan, T. Shenton et R. Pursell. « Substance-related problems in patients visiting an urban Canadian emergency department », *Journal canadien de la médecine d'urgence*, vol. 10, n° 3, 2008, p. 198–204.
- Bruneau, J., J. Rehm, T.C. Wild, E. Wood, A. Sako, J. Swansburg et A. Lam. *Telemedicine support for addiction services: National rapid guidance document*, Montréal (Qc), Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances, 2020.
- Butler, C.B. et S. Swanton. « The mobile health experience — A blueprint for expanding access to substance abuse treatment », *Journal of Maintenance in the Addictions*, vol. 3, n° 2–4, 2008, p. 17–36.
- Canada FASD Research Network. *Substance use during pregnancy. An overview of key Canadian policy and practice areas*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2014. Consulté sur le site : <http://bccwh.bc.ca/wp-content/uploads/2014/09/Canadian.Policy-on.Subst-Use-+Preg.Sept-2-2014web.pdf>
- Carrefours bien-être pour les jeunes de l'Ontario. *En quoi consiste l'initiative des carrefours bien-être pour les jeunes de l'Ontario?*, 2020. Consulté sur le site : <https://youthhubs.ca/fr/about/>
- Carrefours bien-être pour les jeunes de l'Ontario. *Éléments fondamentaux*, Toronto (Ont.), chez l'auteur, sans date.
- Carver, J., M. Cappelli et S. Davidson. *Faire un pas vers le futur : bâtir un système de services en santé mentale et en toxicomanie adapté aux besoins des adultes émergents*, Ottawa (Ont.), Commission de la santé mentale du Canada, 2015.
- Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances et NANOS Research. *COVID-19 and increased alcohol consumption: NANOS poll summary report*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2020. Consulté sur le site : <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2020-04/CCSA-NANOS-Alcohol-Consumption-During-COVID-19-Report-2020-en.pdf>
- Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. *Ressources (alcool)*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2020. Consulté sur le site : <https://www.ccsa.ca/fr/ressources-alcool>
- Chan, Y.F., M.L. Dennis et R.R. Funk. « Prevalence and comorbidity of major internalizing and externalizing problems among adolescents and adults presenting to substance abuse treatment », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 34, n° 1, 2008, p. 14–24.
- Childerhose, J., S. Atif et J. Fairbank. *Rémunération des médecins de famille pour le traitement des troubles liés à l'usage de substances*, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2019.
- Claus, R.E. et L.R. Kindleberger. « Engaging substance abusers after centralized assessment: Predictors of treatment entry and dropout », *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 34, n° 1, 2002, p. 25–31.
- Cohen, E., R. Feinn, A. Arias et H.R. Kranzler. « Alcohol treatment utilization: Findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 86, n° 2, 2007, p. 214–221.



- Collège des médecins de famille du Canada. *Glossary - Primary care toolkit for family physicians*, Toronto (Ont.), chez l'auteur, 2007.
- Comité directeur du projet collaboratif en toxicomanie et en santé mentale. *Collaboration pour les soins en toxicomanie et en santé mentale : meilleurs conseils*, Ottawa (Ont.), Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2015.
- Commission de la santé mentale du Canada. *Options pour améliorer l'accès aux services de counseling, de psychothérapie et de psychologie pour les maladies et les problèmes associés à la santé mentale*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2017. Consulté sur le site : https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2017-07/Options_pour_ameliorer_lacces_aux_services_de_counseling_de_psychotherapie_et_de_psychologie_fr.pdf
- Commission de la santé mentale du Canada. *Projet de démonstration du Modèle de soins par paliers 2.0 en cyber santé mentale de Terre-Neuve-et-Labrador*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2019.
- Condelli, W.S. « Strategies for increasing retention in methadone programs », *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 25, 1993, p. 142–147.
- Conseil consultatif pour le leadership en santé mentale et en lutte contre les dépendances de l'Ontario. *Réaliser la vision. Meilleure santé mentale, meilleure santé en général*, Toronto (Ont.), chez l'auteur, 2017. Consulté sur le site : http://www.health.gov.on.ca/fr/common/ministry/publications/reports/bmhmbh_2017/vision_2017.pdf
- Corace, K., M. Willows, N. Schubert, L. Overington, S. Mattingly, E. Clark, ... et G. Hebert. « Alcohol Medical Intervention Clinic: A rapid access addiction medicine model reduces emergency department visits », *Journal of Addiction Medicine*, vol. 14, n° 2, 2020, p. 163–171.
- Cornish, P. *SC2.0: The driving force behind Canada's COVID-19 mental health response*, 2020. Consulté sur le site : <https://steppedcaretwopoint0.ca/sc2-0-the-driving-force-behind-canadas-covid-19-mental-health-response/>
- Cornish, P.A., G. Berry, S. Benton, P. Barros-Gomes, D. Johnson, R. Ginsburg, ... et V. Romano. « Meeting the mental health needs of today's college student: Reinventing services through Stepped Care 2.0 », *Psychological Services*, vol. 14, n° 4, 2017, p. 428.
- DeBeck, K., T. Kerr, S. Nolan, H. Dong, J. Montaner et E. Wood. « Inability to access addiction treatment predicts injection initiation among street-involved youth in a Canadian setting », *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, vol. 11, n° 1, 2016, p. 1.
- Deering, K.N., T. Kerr, M.W. Tyndall, J.S. Montaner, K. Gibson, L. Irons et K. Shannon. « A peer-led mobile outreach program and increased utilization of detoxification and residential drug treatment among female sex workers who use drugs in a Canadian setting », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 113, n° 1, 2010, p. 46–54.
- Denering, L.L. et S.E. Spear. « Routine use of screening and brief intervention for college students in a university counseling center », *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 44, n° 4, 2012, p. 318–324
- De Silva, M.J., L. Lee, D.C. Fuhr, S. Rathod, D. Chisholm, J. Schellenberg et V. Patel. « Estimating the coverage of mental health programmes: A systematic review », *International Journal of Epidemiology*, vol. 43, n° 2, 2014, p. 341–353.



- D'Onofrio, G. et L.C. Degutis. « Integrating Project ASSERT: a screening, intervention, and referral to treatment program for unhealthy alcohol and drug use into an urban emergency department », *Academic Emergency Medicine*, vol. 17, n° 8, 2010, p. 903–911.
- D'Onofrio, G., P.G. O'Connor, M.V. Pantalon, M.C. Chawarski, S.H. Busch, P.H. Owens, ... et D.A. Fiellin. « Emergency department-initiated buprenorphine/naloxone treatment for opioid dependence: a randomized clinical trial », *JAMA*, vol. 313, n° 16, 2015, p. 1636–1644.
- Drummond, C., H. Gilbert, T. Burns, A. Copello, M. Crawford, E. Day, ... et J. Sinclair. « Assertive community treatment for people with alcohol dependence: a pilot randomized controlled trial », *Alcohol and Alcoholism*, vol. 52, n° 2, 2017, p. 234–241.
- Eibl, J.K., G. Gauthier, D. Pellegrini, J. Daiter, M. Varenbut, J.C. Hogenbirk et D.C. Marsh. « The effectiveness of telemedicine-delivered opioid agonist therapy in a supervised clinical setting », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 176, 2017, p. 133–138.
- Englander, H., K. Dobbertin, B.K. Lind, C. Nicolaidis, P. Graven, C. Dorfman et P.T. Korhuis. « Inpatient addiction medicine consultation and post-hospital substance use disorder treatment engagement: a propensity-matched analysis », *Journal of General Internal Medicine*, vol. 34, n° 12, 2019, p. 2796–2803.
- Englander, H., S. Mahoney, K. Brandt, J. Brown, C. Dorfman, A. Nydahl, ... et J. Gregg. « Tools to support hospital-based addiction care: core components, values, and activities of the Improving Addiction Care Team », *Journal of Addiction Medicine*, vol. 13, n° 2, 2019, p. 85–89.
- Englander, H., M. Weimer, R. Solotaroff, C. Nicolaidis, B. Chan, C. Velez, ... et T. Hartnett. « Planning and designing the Improving Addiction Care Team (IMPACT) for hospitalized adults with substance use disorder », *Journal of Hospital Medicine*, vol. 12, n° 5, 2017, p. 339.
- Fachini, A., P.P. Aliane, E.Z. Martinez et E.F. Furtado. « Efficacy of brief alcohol screening intervention for college students (BASICS): a meta-analysis of randomized controlled trials », *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, vol. 7, 2012, p. 40.
- Fincham-Campbell, S., A. Kimergård, A. Wolstenholme, R. Blackwood, R. Patton, J. Dunne, ... et C. Drummond. « A national survey of assertive outreach treatment services for people who frequently attend hospital due to alcohol-related reasons in England », *Alcohol and Alcoholism*, vol. 53, n° 3, 2018, p. 277–281.
- Firth, N., M. Barkham et S. Kelleth. « The clinical effectiveness of stepped care systems for depression in working age adults: A systematic review », *Journal of Affective Disorders*, vol. 170, 2015, p. 119–130.
- Fisk, D., J. Rakfeldt et E. McCormack. « Assertive outreach: An effective strategy for engaging homeless persons with substance use disorders into treatment », *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, vol. 32, n° 3, 2006, p. 479–486.
- Foundry. « Who we are », sans date. Consulté sur le site : <https://foundrybc.ca/who-we-are/>
- Foundry. *Foundry early learnings proof of concept evaluation report*, Vancouver (C.-B.), chez l'auteur, 2018.
- GBD 2016 Alcohol Collaborators. « Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016 », *The Lancet*, vol. 392, 2018, p. 1015–1035.



- Gebara, C.F., F.M. de Castro Bona, T.M. Ronzani, L.M. Lourenço et A.R. Noto. « Brief intervention and decrease of alcohol consumption among women: A systematic review », *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, vol. 8, n° 1, 2013, p. 31.
- Gerrity, M., J. Williams, S. Dobscha, J. Deveau, T. Holsinger, B. Gaynes, ... A.J. Dietrich. « Improving depression care: Systematic review of multifaceted interventions in primary care settings », *Abstracts of Submission Accepted for Presentation to the 27th Annual Meeting of the Society of General Internal Medicine*, vol. 166, 2004. Consulté sur le site : https://link.springer.com/content/pdf/10.1111/j.1525-1497.2004.S1006_1.x.pdf
- Glass, J.E., A.M. Hamilton, B.J. Powell, B.E. Perron, R.T. Brown et M.A. Ilgen. « Specialty substance use disorder services following brief alcohol intervention: a meta-analysis of randomized controlled trials », *Addiction*, vol. 110, n° 9, 2015a, p. 1404–1415.
- Glass, J.E., A.M. Hamilton, B.J. Powell, B.E. Perron, R.T. Brown et M.A. Ilgen. « Revisiting our review of Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment (SBIRT): meta-analytical results still point to no efficacy in increasing the use of substance use disorder services », *Addiction*, vol. 111, n° 1, 2015b, p. 181–183.
- Goldner, E.M., D. Bilsker et E. Jenkins. *A concise introduction to mental health in Canada*, Toronto (Ont.), Canadian Scholars' Press, 2016.
- Gouvernement du Canada. *Méfais associés aux opioïdes au Canada*, 2020. Consulté sur le site : <https://sante-infobase.canada.ca/mefaits-associes-aux-substances/opioides>
- Gouvernement du Manitoba. *Ouverture de cliniques d'accès rapide aux traitements des dépendances à Brandon et à Thompson*, 2018. Consulté sur le site : <https://news.gov.mb.ca/news/index.fr.html?item=44694>
- Gouvernement du Nouveau-Brunswick. *Appui et services en santé mentale et traitement des dépendances pour les enfants et jeunes au Nouveau-Brunswick*, sans date. Consulté sur le site : <https://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/corporate/promo/psi.html>
- Gouvernement de l'Ontario. *Esprit ouvert, esprit sain - Stratégie ontarienne globale de santé mentale et de lutte contre les dépendances*, 2011. Consulté sur le site : http://www.health.gov.on.ca/fr/common/ministry/publications/reports/mental_health2011/mentalhealth_rep2011.pdf
- Gouvernement de l'Ontario. *L'Ontario bonifie ses services jeunesse de santé mentale et de lutte contre les dépendances*, 3 mai 2018. Consulté sur le site : <https://news.ontario.ca/fr/release/49398/ontario-bonifie-ses-services-jeunesse-de-sante-mentale-et-de-lutte-contre-les-dependances>
- Graham Boeckh Foundation. *Transforming mental health*, 2019. Consulté sur le site : <https://grahamboeckhfoundation.org/en/what-we-do/transform-mental-health/>
- Greenfield, L., J.V. Brady, K.J. Besteman et A. De Smet. « Patient retention in mobile and fixed-site methadone maintenance treatment », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 42, 1996, p. 125–131.
- Groupe de travail scientifique sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances au Canada. *Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada (2015-2017)*, préparé par l'Institut canadien de recherche sur l'usage de substances et le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2020.



- Groupe de travail sur la stratégie nationale sur le traitement. *Approche systémique de la toxicomanie au Canada : Recommandations pour une stratégie nationale sur le traitement*, Ottawa (Ont.), Cadre national d'action pour réduire les méfaits liés à l'alcool et aux autres drogues et substances au Canada, 2008.
- Guydish, J. et R.E. Claus. « Improving publicly funded drug abuse treatment systems: The Target Cities initiative », *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 34, n° 1, 2002, p. 1–6.
- Halsall, T., I. Manion, S.N. Iyer, S. Mathias, R. Purcell et J. Henderson. « Trends in mental health system transformation: Integrating youth services within the Canadian context », *Healthcare Management Forum*, vol. 32, n° 2, 2019, p. 51–55.
- Hann, J., H. Wu, A. Gauri, K. Dong, N. Lam, J.A. Bakal et A. Kirkham. « Identification of emergency department patients for referral to rapid-access addiction services », *Journal canadien de la médecine d'urgence*, vol. 22, n° 2, 2020, p. 170-177.
- Harris, S.K. et J.R. Knight. « Putting the screen in screening: technology-based alcohol screening and brief interventions in medical settings », *Alcohol Research: Current Reviews*, vol. 36, n° 1, 2014, p. 63.
- Harris, S.K., J.R. Knight, Jr, S. Van Hook, L.L. Sherritt, T. Brooks, J.W. Kulig, ... et R. Saitz. « Adolescent substance use screening in primary care: Validity of computer self-administered versus clinician-administered screening », *Substance Abuse*, vol. 37, n° 1, 2016, p. 197–203.
- Henderson, J.L., A. Cheung, K. Cleverley, G. Chaim, M.E. Moretti, C. de Oliveira, ... et T. Herzog. « Integrated collaborative care teams to enhance service delivery to youth with mental health and substance use challenges: protocol for a pragmatic randomised controlled trial », *BMJ Open*, vol. 7, n° 2, 2017, p. e014080.
- Hetrick, S.E., A.P. Bailey, K.E. Smith, A. Malla, S. Mathias, S.P. Singh, ... et M.R. Moro. « Integrated (one-stop shop) youth health care: Best available evidence and future directions », *Medical Journal of Australia*, vol. 207, n° S10, 2017, p. S5–S18.
- Hilferty, F., R. Cassells, K. Muir, A. Duncan, D. Christensen, F. Mitrou, ... et I. Katz. *Is headspace making a difference to young people's lives? Final Report of the independent evaluation of the headspace program*, (SPRC Report 08/2015), Sydney (Australie), Social Policy Research Centre, UNSW, 2015.
- Ho, F. Y.-Y., W.-F. Yeung, T.H.-Y. Ng et C.S. Chan. « The efficacy and cost-effectiveness of stepped care prevention and treatment for depressive and/or anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis », *Scientific Reports*, vol. 6, 2016, p. 29281.
- Hser, Y.I., E. Evans, D. Huang et D.M. Anglin. « Relationship between drug treatment services, retention, and outcomes », *Psychiatric Services*, vol. 55, n° 7, 2004, p. 767–774.
- Hu, T., M. Snider-Adler, L. Nijmeh et A. Pyle. « Buprenorphine/naloxone induction in a Canadian emergency department with rapid access to community-based addictions providers », *Journal canadien de la médecine d'urgence*, vol. 21, n° 4, 2019, p. 492–498.
- Hubbard, R.L. et B.K. Jordan. *Drug abuse treatment outcome study (DATOS)*, (NIDA Contract No. 271-89-8233), Research Triangle Park (N.C.), Research Triangle Institute, 1989.



- Institut canadien d'information sur la santé. *Séjours à l'hôpital en raison de méfaits causés par l'utilisation de substances*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, sans date. Consulté sur le site : <https://votresystemedesante.icis.ca/hsp/inbrief?lang=fr#!/indicators/080/hospital-stays-for-harm-caused-by-substance-use/;mapC1;mapLevel2/>
- Institut canadien d'information sur la santé. *Analyse en bref : services de santé mentale en milieu hospitalier pour maladie mentale avec troubles concomitants liés à la consommation de psychotropes au Canada*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2013. Consulté sur le site : https://secure.cihi.ca/free_products/MH%20Concurrent%20Disorders%20AiB-FRweb.pdf
- Institut canadien d'information sur la santé. *Séjours à l'hôpital en raison de méfaits causés par l'utilisation de substances chez les jeunes de 10 à 24 ans*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2019a. Consulté sur le site : <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/hsu-youth-report-2019-fr-web.pdf>
- Institut canadien d'information sur la santé. *Séjours à l'hôpital en raison de méfaits causés par l'utilisation de substances*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2019b. Consulté sur le site : <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/19994-pdf-backgrounder-shp-substance-use-fr02pc.pdf>
- Institut canadien d'information sur la santé. *Défis communs liés aux priorités partagées : mesure de l'accès aux services à domicile et aux soins communautaires ainsi qu'aux services de santé mentale et de toxicomanie au Canada*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2019c. Consulté sur le site : <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/shp-companion-report-fr.pdf>
- Institut canadien d'information sur la santé. *Visites fréquentes à l'urgence pour des problèmes de santé mentale ou de dépendance*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2020. Consulté sur le site : <https://votresystemedesante.icis.ca/hsp/inbrief;lang=fr?lang=fr#!/indicateurs/078/frequent-emergency-room-visits-for-help-with-mental-health-and-or-addictions/;mapC1;mapLevel2/>
- Joannette, J.A., J.S. Lawson, S.J. Eastabrook et T. Krupa. « Community tenure of people with serious mental illness in assertive community treatment in Canada », *Psychiatric Services*, vol. 56, n° 11, 2005, p. 1387–1393.
- Kaner, E.F., F.R. Beyer, C. Muirhead, F. Campbell, E.D. Pienaar, N. Bertholet, ... et B. Burnand. « Efficacité d'interventions courtes sur la consommation d'alcool des patients en médecine générale », *Base de données d'examen systématiques de Cochrane*, vol. 2, 2018, CD004148.
- Kapelos, V. « Rise in opioid deaths serves as reminder COVID-19 isn't Canada's only health crisis », *CBC News*, 14 juin 2020. Consulté sur le site : <https://www.cbc.ca/news/politics/minority-report-newsletter-opioid-deaths-covid-19-1.5610740>
- Kêdoté, M.N., A. Brousselle et F. Champagne. « Use of health care services by patients with co-occurring severe mental illness and substance use disorders », *Mental Health and Substance Use: Dual Diagnosis*, vol. 1, n° 3, 2008, p. 216–227.
- Kohn, R., S. Saxena, I. Levav et B. Saraceno. « The treatment gap in mental health care », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 82, n° 11, 2004, p. 858–866.
- Komaromy, M., D. Duhigg, A. Metcalf, C. Carlson, S. Kalishman, L. Hayes, ... et S. Arora. « Project ECHO (Extension for Community Healthcare Outcomes): A new model for educating primary care providers about treatment of substance use disorders », *Substance Abuse*, vol. 37, n° 1, 2016, p. 20–24.



- Koser, S., S. Weiner, J. Suzuki et C. Price. « Implementation of a substance use disorder bridge clinic », *Annals of Emergency Medicine*, vol. 74, n° 4, 2019, p. S11.
- Krist, A.H., K.W. Davidson, C.M. Mangione, M.J. Barry, M. Cabana, A.B. Caughey, ... et M. Kubik. « Screening for unhealthy drug use: US Preventive Services Task Force recommendation statement », *JAMA*, vol. 323, n° 22, 2020, p. 2301–2309.
- Krupski, A., J.M. Sears, J.M. Joesch, S. Estee, L. He, C. Dunn, ... et R. Ries. « Impact of brief interventions and brief treatment on admissions to chemical dependency treatment », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 110, n° 1–2, 2010, p. 126–136.
- Kuo, I., J. Brady, C. Butler, R. Schwartz, R. Brooner, D. Vlahov et S.A. Strathdee. « Feasibility of referring drug users from a needle exchange program into an addiction treatment program: Experience with a mobile treatment van and LAAM maintenance », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 24, n° 1, 2003, p. 67–74.
- Landy, M.S., C.J. Davey, D. Quintero, A. Pecora et K.E. McShane. « A systematic review on the effectiveness of brief interventions for alcohol misuse among adults in emergency departments », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 61, 2016, p. 1–12.
- Langabeer, J., T. Champagne-Langabeer, S.D. Luber, S.J. Prater, A. Stotts, K. Kirages, ... et K.A. Chambers. « Outreach to people who survive opioid overdose: Linkage and retention in treatment », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 111, 2020, p. 11–15.
- Levesque, J.F., M.F. Harris et G. Russell. « Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations », *International Journal of Equity in Health*, vol. 12, n° 1, 2013, p. 18.
- Lillico, H. *META:PHI – How one initiative is increasing access to evidence-based treatments for substance use issues*, Toronto (Ont.), Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2017.
- Madden, L.M., S.O. Farnum, K.F. Eggert, A.R. Quanbeck, R.M. Freeman, S.A. Ball, ... et D.T. Barry. « An investigation of an open-access model for scaling up methadone maintenance treatment », *Addiction*, vol. 113, n° 8, 2018, p. 1450–1458.
- Manthey, J., K.D. Shield, M. Rylett, O.S. Hasan, C. Probst et J. Rehm. « Global alcohol exposure between 1990 and 2017 and forecasts until 2030: a modelling study », *The Lancet*, vol. 393, n° 10190, 2019, p. 2493–2502.
- McCambridge, J. et R. Saitz. « Rethinking brief interventions for alcohol in general practice », *BMJ*, vol. 356, 2017, p. j1116.
- McQuaid, R.J., L.A. Di Gioacchino et Groupe de travail sur les indicateurs nationaux de traitement. *Traitement de la dépendance au Canada : rapport sur les indicateurs nationaux de traitement : données de 2014-2015*, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2017.
- McQuaid, R.J., A. Malik, K. Moussouni, N. Baydack, M. Stargardter et M. Morrisey. *La vie en rétablissement de la toxicomanie au Canada*, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2017.
- META:PHI. *The model*, sans date. Consulté sur le site : <http://www.metaphi.ca/the-model.html>
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *Normes du programme ontarien à l'intention des équipes de traitement communautaire dynamique* (seconde édition), Toronto (Ont.), chez l'auteur, 2005.



- Ministère des Services de santé. *British Columbia program standards for assertive community treatment (ACT) teams*, Vancouver (C.-B.), chez l'auteur, 2008.
- Mohr, G. et D. Bourne. « Implementation of a new central intake system in community care », *Healthcare Management Forum*, vol. 17, n° 2, 2004, p. 38–40.
- O'Connor, E.A., L.A. Perdue, C.A. Senger, M. Rushkin, C.D. Patnode, S.I. Bean et D.E. Jonas. « Screening and behavioral counseling interventions to reduce unhealthy alcohol use in adolescents and adults: Updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force », *JAMA*, vol. 320, n° 18, 2018, p. 1910–1928.
- O'Donnell, A., P. Anderson, D. Newbury-Birch, B. Schulte, C. Schmidt, J. Reimer et E. Kaner. « The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: a systematic review of reviews », *Alcohol and Alcoholism*, vol. 49, n° 1, 2014, p. 66–78.
- O'Donohue, W.T. et C. Draper. « The case for evidence-based stepped care as part of a reformed delivery system ». Dans W.T. O'Donohue et C. Draper (éd.), *Stepped Care and E-health: Practical Applications for Behavioral Disorders*, New York (NY), Springer, 2011, p. 1–16.
- O'Gorman, L.D., J.C. Hogenbirk et W. Warry. « Clinical telemedicine utilization in Ontario over the Ontario telemedicine network », *Telemedicine and e-Health*, vol. 22, n° 6, 2016, p. 473–479.
- Organisation mondiale de la Santé. *Primary healthcare. Report of the international conference on primary healthcare*, Genève (Suisse), chez l'auteur, 1978.
- Organisation mondiale de la Santé. *Making health services adolescent friendly: Developing national quality standards for adolescent friendly health services*, Genève (Suisse), chez l'auteur, 2012.
- O'Toole, T.P., R.A. Pollini, D.E. Ford et G. Bigelow. « The effect of integrated medical-substance abuse treatment during an acute illness on subsequent health services utilization », *Medical Care*, vol. 45, n° 11, 2007, p. 1110–1115.
- Owens, B. « Telemedicine on the rise but lagging in Canada ». *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 190, n° 38, 2018, p. E1149–E1150.
- Pagura, J., S. Fotti, L.Y. Katz et J. Sareen. « Help seeking and perceived need for mental health care among individuals in Canada with suicidal behaviors », *Psychiatric Services*, vol. 60, n° 7, 2009, p. 943–949.
- Palay, J., T.L. Taillieu, T.O. Afifi, S. Turner, J.M. Bolton, M.W. Enns, ... et J. Sareen. « Prevalence of mental disorders and suicidality in Canadian provinces », *Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 64, n° 11, 2019, p. 761–769.
- Palepu, A., A. Gadermann, A.M. Hubble, S. Farrell, E. Gogosis, T. Aubry et S.W. Hwang. « Substance use and access to health care and addiction treatment among homeless and vulnerably housed persons in three Canadian cities », *PLoS One*, vol. 8, n° 10, 2013.
- Passetti, F., G. Jones, K. Chawla, B. Boland et C. Drummond. « Pilot study of assertive community treatment methods to engage alcohol-dependent individuals », *Alcohol and Alcoholism*, vol. 43, n° 4, 2008, p. 451–455.
- Patton, R., P. Deluca, E. Kaner, D. Newbury-Birch, T. Phillips et C. Drummond. « Alcohol screening and brief intervention for adolescents: the how, what and where of reducing alcohol consumption and related harm among young people », *Alcohol and Alcoholism*, vol. 49, n° 2, 2014, p. 207–212.



- Pecoraro, A., T. Horton, E. Ewen, J. Becher, P.A. Wright, B. Silverman, ... et G.E. Woody. « Early data from Project Engage: A program to identify and transition medically hospitalized patients into addictions treatment », *Addiction Science and Clinical Practice*, vol. 7, n° 1, 2012, p. 20.
- Pilowsky, D.J. et L.T. Wu. « Screening instruments for substance use and brief interventions targeting adolescents in primary care: a literature review », *Addictive Behaviors*, vol. 38, n° 5, 2013, p. 2146–2153.
- Pitts, S. et L.A. Shrier. « Substance abuse screening and brief intervention for adolescents in primary care », *Pediatric Annals*, vol. 43, n° 10, 2014, p. e248–e252.
- Poole, N. et C.A. Dell. *Toxicomanie au féminin*, Vancouver (C.-B.), Centre d'excellence de la Colombie-Britannique pour la santé des femmes et Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2005.
- Province de la Nouvelle-Écosse. *Blueprint for mental health and addictions: Building on success for improved access, integration, and continuum of care. 2019 to 2021*, 2019. Consulté sur le site : <https://novascotia.ca/dhw/mental-health/reports/Blueprint-for-Mental-Health-and-Addiction.pdf>
- Qualité des services de santé Ontario. *META:PHI améliore les soins prodigués aux personnes en proie aux dépendances*, sans date. Consulté sur le site : <http://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/qi/artic/metaphi-results-fr.pdf>
- Quintana, Y. et J. Torous. *A framework for evaluation of mobile apps for youth mental health*, Guelph (Ont.), Homewood Research Institute, 2020.
- Randall, G.E., P.A. Wakefield et D.A. Richards. « Fidelity to assertive community treatment program standards: A regional survey of adherence to standards », *Community Mental Health Journal*, vol. 48, n° 2, 2012, p. 138–149.
- Rapp, R.C., J. Xu, C.A. Carr, D.T. Lane, J. Wang et R. Carlson. « Treatment barriers identified by substance abusers assessed at a centralized intake unit », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 30, n° 3, 2006, p. 227–235.
- Reavley, N.J., S. Cvetkovski, A.F. Jorm et D.I. Lubman. « Help-seeking for substance use, anxiety and affective disorders among young people: results from the 2007 Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 44, n° 8, 2010, p. 729–735.
- Rehm, J., P. Anderson, J. Manthey, K.D. Shield, P. Struzzo, M. Wojnar et A. Gual. « Alcohol use disorders in primary health care: What do we know and where do we go? », *Alcohol and Alcoholism*, vol. 51, n° 4, 2016, p. 422–427.
- Richards, D.A. « Stepped care: A method to deliver increased access to psychological therapies », *Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 57, n° 4, 2012, p. 210–215.
- Rohrer, J.E., M.S. Vaughan, R.J. Cadoret, C. Carswell, A. Patterson et J. Zwick. « Effect of centralized intake on outcomes of substance abuse treatment », *Psychiatric Services*, vol. 47, n° 11, 1996, p. 1233–1238.
- Rose, S., R. Genois, J. Jin, B. Rush, D. Vigo et J. Rehm. *The impact of pandemics on substance use and treatment systems: A systematic review*, manuscript soumis pour publication, 2020.
- Rush, B.R. « Addiction assessment and treatment planning in developed countries ». Dans el-Guebaly, N., G. Carrà et M. Galanter (éd), *Textbook of addiction treatment: International perspectives*, New York, Springer, 2015.



- Rush, B.R., K. Ellis, B. Allen, K. Graham et A. Osborne. « Ontario treatment system research 1979–1993: What have we learned about assessment and referral services in terms of the original objectives », *Contemporary Drug Problems*, vol. 20, n° 1, 1995, p. 115–136.
- Rush, B. et A. Furlong. *Metrics development and measurement project. SE LHIN addictions and mental health re-design*, Belleville (Ont.), Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Est, 2017.
- Rush, B.R., C. Kirkby et A. Furlong. *NE LHIN addiction services review*, Sudbury (Ont.), Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Est, 2016.
- Rush, B.R. et L. Nadeau. « Integrated service and system planning debate ». Dans Cooper, D. (éd.), *Responding in mental health-substance use*, Oxford (R.-U.), Radcliffe Publishing Ltd, 2011, p. 148–175.
- Rush, B.R. et B. Saini. *Review of coordinated/centralized access mechanisms: Evidence, current state, and implications*, Toronto (Ont.), Dépendances et santé mentale d'Ontario, 2016.
- Rush, B.R., J. Tremblay et D. Brown. « Development of a needs-based planning model to estimate required capacity of a substance use treatment system », *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, supplément, vol. s18, 2019, p. 51–63.
- Rush, B.R., R. Turner et K. MacCon. *Evaluation of coordinated access mechanisms: Evaluation report*, Toronto (Ont.), Dépendances et santé mentale d'Ontario, 2017.
- Saitz, R., D.P. Alford, J. Bernstein, D.M. Cheng, J. Samet et T. Palfai. « Screening and brief intervention for unhealthy drug use in primary care settings: randomized clinical trials are needed », *Journal of Addiction Medicine*, vol. 4, n° 3, 2010, p. 123.
- Santé Canada. *Meilleures pratiques : troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2001. Consulté sur le site : https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/migration/hc-sc/hc-ps/alt_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/adp-apd/bp_disorder-mp_concomitants/bp_concurrent_mental_health-fra.pdf
- Satre, D.D., A.N. Anderson, A.S. Leibowitz, T. Levine-Hall, S. Slome, J. Flamm, ... et P. Volberding. « Implementing electronic substance use disorder and depression and anxiety screening and behavioral interventions in primary care clinics serving people with HIV: Protocol for the Promoting Access to Care Engagement (PACE) trial », *Contemporary Clinical Trials*, vol. 84, 2019, 105833.
- Schuble, P., G. Graham et D. Covington. « Statewide line improves access: Georgia's crisis and access line triages crises, cuts emergency-treatment costs, and links people to services—fast », *Behavioral Healthcare*, vol. 30, n° 7, 2010, p. 26–29.
- Scott, C.K., M.A. Foss et R.E. Sherman. « Effects of centralized intake on participant satisfaction with treatment and ancillary services », *Clinical Assessment and Substance Abuse Treatment: The Target Cities Experience*, 2003, p. 149–164.
- Scott, C.K., R.E. Sherman, M.A. Foss, M. Godley et L. Hristova. « Impact of centralized intake on case management services », *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 34, n° 1, 2002, p. 51–57.
- Seglins, D. et K. Ivany. « Do alcohol and COVID-19 isolation mix? Some health experts don't think so », *CBC News*, 7 avril 2020. Consulté sur le site : <https://www.cbc.ca/news/health/covid-19-alcohol-sales-physical-distancing-1.5520433>



- Seigers, D.K. et K.B. Carey. « Screening and brief interventions for alcohol use in college health centers: A review », *Journal of American College Health*, vol. 59, n° 3, 2010, p. 151–158.
- Settipani, C.A., L.D. Hawke, K. Cleverley, G. Chaim, A. Cheung, K. Mehra, ... et J. Henderson. « Key attributes of integrated community-based youth service hubs for mental health: A scoping review », *International Journal of Mental Health Systems*, vol. 13, n° 1, 2019, p. 52.
- Simioni, N., O. Cottencin et B. Rolland. « Interventions for increasing subsequent alcohol treatment utilisation among patients with alcohol use disorders from somatic inpatient settings: a systematic review », *Alcohol and Alcoholism*, vol. 50, n° 4, 2015, p. 420–429.
- Skolnik, R. *Global health 101*, Burlington (Mass.), Jones & Bartlett Publishers, 2015.
- Smith, P.C., S.M. Schmidt, D. Allensworth-Davies et R. Saitz. « A single-question screening test for drug use in primary care », *Archives of Internal Medicine*, vol. 170, n° 13, 2010, p. 1155–1160.
- Spark Policy Institute et ORS Impact. *When collective impact has an impact. A cross-site study of 27 collective impact initiatives*, 2018. Consulté sur le site : https://www.orsimpact.com/DirectoryAttachments/10262018_111513_477_CI_Study_Report_10-26-2018.pdf
- Spithoff, S., S. Turner, T. Gomes, D. Martins et S. Singh. « First-line medications for alcohol use disorders among public drug plan beneficiaries in Ontario », *Le médecin de famille canadien*, vol. 63, n° 5, 2017, p. e277–e283.
- Statistique Canada. *Troubles mentaux et troubles liés à l'utilisation de substances au Canada*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2012. Consulté sur le site : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-624-x/2013001/article/11855-fra.htm>
- Stockdale Winder, F. *Working together for change. A 10 year mental health and addictions action plan for Saskatchewan*, gouvernement de la Saskatchewan, 2014. Consulté sur le site : https://pubsaskdev.blob.core.windows.net/pubsask-prod/99244/99244-Mental_Health_and_Addictions_Action_Plan_Full_Report.pdf
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *Systems-level implementation of screening, brief intervention and referral to treatment*. (Technical Assistance Publication Series 13), Rockville (MD), chez l'auteur, 2013.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2018 National Survey on Drug Use and Health* (HHS Publication No. PEP19-5068, NSDUH Series H-54), Rockville (MD), chez l'auteur, 2019.
- Sunderland, A. et L.C. Findlay. *Besoins perçus de soins de santé mentale au Canada : résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale (2012)*, Ottawa (Ont.), Statistique Canada, 2013.
- Sutton, J.P., R.E. Washington, K.R. Fingar et A. Elixhauser. « Characteristics of safety-net hospitals, 2014: Statistical brief # 213 ». Dans *Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP) Statistical Briefs*, Rockville (MD), Agency for Healthcare Research and Quality, 2006.
- Taha, S. *Pratiques exemplaires dans le continuum des soins pour le traitement du trouble lié à l'usage d'opioïdes*, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2018.



- Telus. « TELUS expands Health for Good™ program with new mobile health clinic in Halifax », *Globe Newswire*, 2020. Consulté sur le site : <https://www.globenewswire.com/news-release/2020/03/03/1994216/0/en/TELUS-expands-Health-for-Good-program-with-new-Mobile-Health-Clinic-in-Halifax.html>
- Tremblay, J., K. Bertrand, N. Blanchette-Martin, B. Rush, A.C. Savard, N. L'espérance, ... et R. Genois. « Estimation of needs for addiction services: A youth model », *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, supplément, vol. s18, 2019, p. 64–75.
- Urbanoski, K.A. « Need for equity in treatment of substance use among Indigenous people in Canada », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 189, n° 44, 2017, p. E1350–E1351.
- Urbanoski, K. et D. Inglis. « Performance measurement in mental health and addictions systems: A scoping review », *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, supplément, vol. s18, 2019, p. 114–130.
- Urbanoski, K., D. Inglis et S. Veldhuizen. « Service use and unmet needs for substance use and mental disorders in Canada », *Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 62, n° 8, 2017, p. 551–559.
- VIRGO Planning and Evaluation Consultants Inc. *Improving access and coordination of mental health and addiction services: A provincial strategy for all Manitobans*, Winnipeg (Man.), ministère de la Santé, des Aînés et de la Vie active du Manitoba, 2018. Consulté sur le site : https://www.gov.mb.ca/health/mha/docs/mha_strategic_plan.pdf
- Waddell, C., K. McEwan, C.A. Shepherd, D.R. Offord et J.M. Hua. « A public health strategy to improve the mental health of Canadian children », *Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 50, n° 4, 2005, p. 226–233.
- Waddell, C., C. Shepherd, C. Schwartz et J. Barican. *Child and Youth Mental Disorders: Prevalence and Evidence-based Interventions*, Vancouver (C.-B.) Children's Health Policy Centre, Université Simon Fraser, 2014.
- Wickizer, T., C. Maynard, A. Atherly, M. Frederick, T. Koepsell, A. Krupski et K. Stark. « Completion rates of clients discharged from drug and alcohol treatment programs in Washington State », *American Journal of Public Health*, vol. 84, n° 2, 1994, p. 215–221.
- Wiercigroch, D., H. Sheikh et J. Hulme. « A rapid access to addiction medicine clinic facilitates treatment of substance use disorder and reduces substance use », *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, vol. 15, n° 1, 2020, p. 1–10.
- Wighton, J. « The e-network solution for mental health and addictions information management », *Electronic Healthcare*, vol. 8, n° 3, 2009, p. e21–e28.
- Young, M.M., A. Stevens, J. Galipeau, T. Pirie, C. Garritty, K. Singh, ... et A. Porath-Waller. « Effectiveness of brief interventions as part of the screening, brief intervention and referral to treatment (SBIRT) model for reducing the nonmedical use of psychoactive substances: A systematic review », *Systematic Reviews*, vol. 3, n° 1, 2014, p. 50.
- Yu, S. W.Y., C. Hill, M.L. Ricks, J. Bennet et N.E. Oriol. « The scope and impact of mobile health clinics in the United States: A literature review », *International Journal for Equity in Health*, vol. 16, 2017, p. 178.
- Zhang, Z., P.D. Friedmann et D.R. Gerstein. « Does retention matter? Treatment duration and improvement in drug use », *Addiction*, vol. 98, n° 5, 2003, p. 673–684.