



Cadre stratégique concernant les troubles concomitants

SEPTEMBRE 2005

Cadre stratégique concernant les troubles concomitants

Septembre 2005



Réseau ontarien des troubles concomitants

Remerciements

Les membres du Réseau ontarien des troubles concomitants aimeraient remercier les personnes ayant participé à la consultation du 18 mai 2005 de leur contribution à l'élaboration du présent cadre stratégique. Nous voulons remercier également les nombreux groupes et personnes de la province qui ont pris le temps de nous faire part de leurs commentaires. Nous remercions Sue McCluskey, Nick Gamble, Annie Hart, Christine Harris, Evelyne Barthès-McDonald et Eva Katz des Services des publications de CAMH pour la révision, la conception du logo, la mise en page et la production, et le traducteur, Michel Bérubé. Enfin, nous sommes reconnaissants à Virginia Carver de l'aide qu'elle nous a fournie pour l'élaboration de ce cadre stratégique.

Table des matières

Remerciements.....	2
Table des matières.....	3
Préambule.....	4
Contexte provincial.....	5
Prévalence et incidence.....	8
Une vision pour l'Ontario.....	12
But visé.....	13
Objectifs du cadre stratégique.....	13
Principes directeurs.....	14
Caractéristiques essentielles du système.....	15
Composantes d'un système intégral.....	16
Stratégies permettant de concrétiser la vision.....	20
Aller de l'avant.....	26
Références et ressources utilisées pour définir le cadre stratégique.....	28
Annexe A : Lexique.....	33
Annexe B : Aperçu du jeu problématique.....	36
Annexe C : Membres du Réseau ontarien des troubles concomitants.....	43

Préambule

Le présent cadre stratégique porte sur les besoins des personnes ayant à la fois des problèmes de santé mentale et des problèmes d'abus d'alcool et d'autres drogues (« troubles concomitants »). Il reconnaît que ces personnes et leur famille font face à des obstacles de taille quand vient le temps d'accéder à des services appropriés et que les résultats obtenus sont inférieurs à ceux qu'affichent les personnes n'ayant pas de troubles concomitants.

Le cadre stratégique a été défini par les membres du Réseau Ontarien des troubles concomitants à l'issue de consultations menées auprès de particuliers, de groupes et d'organismes de la province s'intéressant à la planification, la conception et la prestation de services s'adressant aux personnes ayant des troubles concomitants et à leur famille.

Le cadre stratégique reconnaît que les problèmes de santé mentale et d'abus d'alcool et d'autres drogues varient selon les préjudices qu'ils causent et leur gravité. Par exemple, certaines personnes ont un problème d'abus d'alcool et d'autres drogues qui fait en sorte que la consommation, à des fins non médicales, d'une substance psychotrope, même en très faible quantité, peut nuire à leur santé mentale. D'autres personnes font une consommation abusive d'alcool ou d'autres drogues ou sont dépendantes de ces substances. Les problèmes de santé mentale touchent les personnes vivant avec une maladie mentale bénigne ou modérée (maladie mentale qui n'est pas grave) et celles vivant avec une maladie mentale grave. Le cadre stratégique reconnaît que le terme « famille » est défini par le client et que les membres de la famille peuvent aussi être des clients.

Le cadre stratégique est vaste. Il devra être peaufiné et adapté pour répondre aux besoins des divers groupes culturels et des communautés marginalisées. Ainsi, il faudra déterminer les stratégies et les modèles de prestation de soins qui sont adaptés aux besoins culturels et communautaires, notamment ceux des communautés autochtones. En outre, les jeunes plus âgés (ayant entre 16 et 24 ans) sont souvent traités par le système s'adressant aux adultes. Les systèmes et services doivent prendre en considération des questions qui sont propres aux personnes de ce groupe d'âge, notamment leur niveau de développement et leur contexte familial.

Le cadre stratégique tient compte du fait que d'autres comportements de dépendance peuvent être présents. Ainsi, le jeu problématique est en voie de devenir une préoccupation importante dans le domaine de la santé. Pour adopter une démarche intégrée en vue de régler cette question, l'Ontario

et d'autres territoires canadiens offrent des services de traitement aux personnes ayant un problème de jeu au même endroit où on dispense des services aux personnes ayant des problèmes d'abus d'alcool et d'autres drogues.

Le présent cadre stratégique s'inscrit dans la foulée de cadres stratégiques provinciaux qui ont influencé la mise au point récente de services liés à la santé mentale et à l'abus d'alcool et d'autres drogues ainsi que de programmes de soutien connexes en Ontario. On souhaite ainsi améliorer les résultats qu'obtiennent les personnes vivant avec des troubles concomitants et leur famille. Toutefois, un grand nombre de personnes qui ont des troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale, ainsi que leur famille, n'ont pas recours aux services spécialisés qui peuvent leur venir en aide. Pour cette raison, le cadre stratégique a pour but d'influencer la prestation de services s'adressant aux personnes ayant des troubles concomitants et à leur famille, peu importe où elles demandent de l'aide.

Contexte provincial

Dans le document intitulé *Vers de nouvelles orientations : Cadre de mise en œuvre des services de traitement de la toxicomanie en Ontario*, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (MSSLD) reconnaît la nécessité de faire participer les intervenants du secteur de la santé mentale à la planification intégrée des services de traitement de la toxicomanie. Ce document indique que les personnes ayant des troubles concomitants sont un des groupes spéciaux qui ont recours aux services de traitement de la toxicomanie et qui ont des besoins qui leur sont propres (Bureau ontarien de lutte contre la toxicomanie, 1999).

De même, le document intitulé *Franchir les étapes : Cadre de prestation des services de santé mentale et des services de soutien connexes* (gouvernement de l'Ontario, 2001) indique que les personnes ayant de graves problèmes de santé mentale sont la population visée par les services intensifs de santé mentale, particulièrement celles ayant des besoins multiples et complexes qui risquent d'être institutionnalisées à plusieurs reprises ou pendant de longues périodes dans les établissements de santé ou en milieu correctionnel. Font partie de ce groupe les personnes ayant des troubles concomitants ou un problème d'abus d'alcool ou d'autres drogues.

À la suite de la publication de ces documents, des comités régionaux (groupes d'étude sur la mise en œuvre de la réforme des services de santé mentale et comités de mise en œuvre des services liés à la toxicomanie) ont été créés pour élaborer des plans régionaux de mise en œuvre. La plupart

de ces plans faisaient état des services, des programmes de soutien et des modifications systémiques requis pour répondre aux besoins des personnes ayant des troubles concomitants. Par ailleurs, le gouvernement de l'Ontario a rendu public récemment un document intitulé *Cadre stratégique du programme d'intervention précoce dans le traitement de la psychose* (MSSLD, 2004).

Un système en transition : Défis et planification

Le système de santé de l'Ontario est en transition. En raison de la décentralisation des activités du MSSLD vers les bureaux régionaux, les employés du ministère qui s'occupent des questions liées à la santé mentale et à l'abus d'alcool et d'autres drogues relèvent de la même unité opérationnelle. Toutefois, à bien d'autres égards, les deux systèmes demeurent distincts, notamment en ce qui concerne le financement, l'organisation, l'administration et la prestation des services. La mise sur pied des réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) dans la province accentue cette décentralisation. On procède actuellement au recrutement et à la formation des employés et des membres des conseils d'administration des RLISS. On ne connaît pas pour l'instant l'importance qu'attachera chaque RLISS à l'intégration des services liés à la santé mentale et à l'abus d'alcool et d'autres drogues dans la région dont il est responsable.

Malgré ces incertitudes, un grand nombre de régions et de collectivités de la province ont créé des groupes de planification chargés d'intégrer les ressources en matière de santé mentale et d'abus d'alcool et d'autres drogues à l'échelle des services et des systèmes. Dans certaines régions, des responsables de programmes ont uni leurs efforts afin d'intégrer les services liés aux troubles concomitants. Récemment, des comités communautaires de planification des nouveaux RLISS ont déterminé que l'intégration des services liés à la santé mentale et à l'abus d'alcool et d'autres drogues à l'échelle du continuum constituait une des grandes priorités du système.

Services s'adressant aux enfants et aux jeunes

En ce qui concerne la planification des services de traitement des troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale et les programmes connexes, les systèmes s'adressant aux enfants et aux jeunes ne sont pas aussi développés que les systèmes s'adressant aux adultes. On reconnaît qu'il faut élaborer des politiques visant les jeunes ayant de tels troubles et certains progrès ont été réalisés à cet égard. Toutefois, la nature du réseau de services et des systèmes desservant cette population nécessite un processus distinct de celui utilisé pour la population adulte.

Cette distinction s'explique notamment comme suit :

- Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée s'occupe des jeunes de 16 ans et plus et le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, des enfants de moins de 16 ans.
- En général, les fournisseurs, les concepts, la terminologie et les traitements associés aux services s'adressant aux enfants et aux jeunes sont différents de ceux associés aux services s'adressant aux adultes.
- On met davantage l'accent sur le rôle de la famille, le milieu dans lequel les jeunes évoluent (école, maison, camarades) et leur niveau de développement (physique, mental, affectif).
- Plusieurs types de questions et de troubles sont en cause (p. ex., trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention, troubles de conduite, troubles d'apprentissage, troubles de l'alimentation, risque de suicide).
- Il faut tenir compte du rôle des facteurs de risques, de résilience et de protection dans la vie des jeunes.
- Les questions liées à la santé mentale et à l'abus d'alcool et d'autres drogues peuvent avoir des effets à long terme sur le développement.

Les jeunes plus âgés (jeunes en période de transition) continuent de recevoir des services par l'entremise du système desservant les adultes. Les responsables des services liés aux troubles concomitants doivent envisager de nouvelles démarches pour ces jeunes, des démarches qui tiennent compte de leur niveau de développement, du rôle de la famille et d'autres personnes et soutiens importants dans le milieu où évoluent les jeunes, ainsi que d'autres questions connexes.

Services s'adressant aux divers groupes culturels et aux communautés marginalisées

Le présent cadre stratégique est général. Un grand nombre de groupes culturels et de communautés marginalisées devront l'adapter à leur situation lorsqu'ils adopteront ses principes afin qu'il réponde à leurs besoins.

Il faut définir des stratégies et des modèles de prestation de soins. Par exemple, les communautés autochtones doivent définir des modèles adaptés à leur culture. D'autres populations devront adapter ces modèles pour s'assurer qu'elles reçoivent des services qui leur conviennent.

Prévalence et incidence

Les troubles concomitants sont très fréquents chez les personnes qui ont des problèmes de santé mentale ou d'abus d'alcool et d'autres drogues.

Par exemple :

- Trente pour cent des personnes chez qui on a diagnostiqué un trouble de santé mentale auront un trouble lié à l'abus d'alcool et d'autres drogues au cours de leur vie.
- De même, 37 pour 100 des personnes chez qui on a diagnostiqué un trouble lié à l'abus d'alcool auront un trouble de santé mentale au cours de leur vie.
- Parmi les personnes ayant un trouble lié à l'abus d'une drogue autre que l'alcool, le taux de prévalence est encore plus élevé. En effet, 53 pour 100 de ces personnes auront un trouble de santé mentale au cours de leur vie. (Ces taux sont entre deux et quatre fois plus élevés que ceux enregistrés chez les personnes qui n'ont pas de trouble lié à l'abus d'alcool et d'autres drogues au cours de leur vie ; Skinner et coll., 2004).

La prévalence des divers troubles de santé mentale et les risques d'avoir un trouble concomitant lié à l'abus d'alcool et d'autres drogues varient au sein de la population générale, tel qu'illustré au tableau 1 : Prévalence des troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale au cours d'une vie parmi la population générale (Skinner et coll., 2004).

Tableau 1**Prévalence des troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale au cours d'une vie parmi la population générale**

Trouble de santé mentale	Prévalence des troubles de santé mentale au cours d'une vie %	Prévalence des troubles liés à l'abus d'alcool et d'autres drogues au cours d'une vie chez les personnes ayant des troubles de santé mentale %
trouble de l'anxiété	10–25	24
dépression majeure	15–20	27
schizophrénie	1	47
trouble bipolaire	1–2	56

Les taux de prévalence des troubles de l'anxiété et des troubles de l'humeur sont élevés parmi la population générale. En tenant compte des troubles liés à l'abus d'alcool et d'autres drogues, on constate qu'il s'agit des troubles concomitants les plus courants. En revanche, les taux de prévalence du trouble bipolaire et de la schizophrénie sont beaucoup plus faibles parmi la population générale. Toutefois, les personnes ayant un de ces troubles sont plus susceptibles d'avoir un trouble concomitant lié à l'abus d'alcool et d'autres drogues (Skinner et coll., 2004).

D'autres recherches internationales ont indiqué ce qui suit :

- Le risque d'avoir un trouble concomitant de santé mentale s'accroît en fonction du nombre de substances consommées (Center for Substance Abuse Treatment, 2005 ; Cooper et Calderwood, 2004).
- Les taux de prévalence des troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale sont à la hausse (NSW Health, 2000a).
- Les taux de prévalence des troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale sont élevés chez les sans-abri. Ces taux sont à la hausse

tant chez les hommes que chez les femmes (Center for Substance Abuse Treatment, 2005).

Ces taux de prévalence des troubles concomitants parmi la population générale sont semblables aux taux enregistrés parmi les personnes qui ont recours aux systèmes de traitement des troubles de santé mentale et des troubles liés à l'abus d'alcool et d'autres drogues. En général, les organismes de santé mentale sont plus susceptibles de traiter des personnes ayant une maladie mentale grave comme une psychose et les organismes qui oeuvrent dans le domaine de l'abus d'alcool et d'autres drogues sont plus susceptibles de traiter des personnes ayant des troubles affectifs, de l'angoisse et de la personnalité (Commonwealth Department of Health and Aging, 2003). En Ontario, on estime qu'entre 15 et 45 pour 100 des personnes qui reçoivent des services de santé mentale ont des problèmes concomitants d'abus d'alcool et d'autres drogues et qu'entre 75 et 100 pour 100 des personnes qui reçoivent des services liés à l'abus d'alcool et d'autres drogues ont des problèmes concomitants de santé mentale (Rush, 2004).

Les antécédents de traumatismes et la persistance des symptômes liés aux traumatismes sont autant de défis que doivent relever les systèmes de traitement des troubles de santé mentale et liés à l'abus d'alcool et d'autres drogues. Gitberg et Van Wyk (2004) ont constaté qu'entre 25 et 66 pour 100 des personnes recevant des traitements pour des troubles liés à l'abus d'alcool et d'autres drogues avaient subi un traumatisme. Ils ont également constaté que certaines personnes ayant subi un traumatisme présenteront des symptômes du trouble de stress post-traumatique (TSPT).

En outre, certaines personnes vivant avec des troubles concomitants sont aux prises avec des problèmes graves comme l'itinérance, des comportements suicidaires et d'autodestruction, des actes criminels, des problèmes familiaux, la négligence et le mauvais traitement d'enfants, le VIH/sida et d'autres maladies transmises par le sang et des carences au chapitre des habiletés de la vie quotidienne (Commonwealth Department of Health and Aging, 2003).

Préjugés associés aux problèmes de santé mentale et d'abus d'alcool et d'autres drogues

Les préjugés associés individuellement aux troubles de santé mentale et aux troubles liés à l'abus d'alcool et d'autres drogues sont amplifiés pour les

personnes vivant avec ces deux troubles. Il arrive que l'on porte des jugements à l'endroit des personnes qui ont des problèmes de santé et qu'on estime que ces problèmes sont leur faute. Les personnes visées peuvent éprouver des sentiments négatifs et s'abstenir de demander de l'aide. Les préjugés peuvent également déboucher sur l'isolement social, la pauvreté, la dépression, l'impression qu'on ne se rétablira pas et le suicide. En outre, les personnes ayant de tels troubles peuvent être victimes de préjugés et de discrimination lorsqu'elles cherchent à obtenir des services de santé, un logement, un emploi ou d'autres services (Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2005).

Effets sur la famille

Lorsqu'un membre de la famille vit avec des troubles concomitants, cela a un effet considérable sur la famille. Cet effet peut être accentué si d'autres membres de la famille éprouvent également un problème de santé mentale ou d'abus d'alcool et d'autres drogues, une situation qui peut affecter la famille pendant plusieurs générations. Dans une telle situation, il se peut que les personnes vivant avec des troubles concomitants et les membres de leur famille ne sachent pas à qui demander de l'aide.

Obstacles rencontrés et utilisation du système

Des obstacles de taille à l'intérieur du système, des programmes et du milieu clinique nuisent à la prestation de services appropriés. En voici des exemples :

- différences au chapitre du financement, de la planification et de la gouvernance ;
- différences concernant les exigences de formation et d'accréditation professionnelles et de délivrance des permis ;
- différences au chapitre des modèles et approches de traitement ;
- absence d'un cadre ou d'un langage commun pour communiquer à l'échelle des services et des systèmes ;
- absence de mécanismes comme le dépistage systématique permettant de repérer les troubles concomitants ;

- critères d'admission discriminatoires et refus de fournir des traitements ;
- absence d'une responsabilité unique pour la prestation de soins coordonnés.

Dans bien des cas, les personnes vivant avec des troubles concomitants ont besoin d'autres services sociaux ou de santé. Ces besoins peuvent faire en sorte qu'il est plus difficile pour elles et pour leur famille de se frayer un chemin dans les divers systèmes.

Cela a pour résultat qu'un grand nombre de personnes vivant avec des troubles concomitants :

- reçoivent des soins inadéquats et non coordonnés ;
- sont ballottées entre le système de traitement de l'abus d'alcool et d'autres drogues et le système de santé mentale ;
- se rendent souvent dans les salles d'urgence et ont des taux d'hospitalisation élevés ;
- ne terminent pas leur traitement et obtiennent de moins bons résultats.

Le traitement inadéquat des troubles concomitants entraîne des coûts superflus pour les particuliers, leur famille, les collectivités et le système de santé. En revanche, un traitement intégral, coordonné et intégré faisant appel à des démarches fondées sur les preuves peut améliorer les résultats obtenus par les clients ayant des troubles concomitants. C'est sur ces assises que repose le présent cadre stratégique (Center for Substance Abuse Treatment, 2005 ; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2002).

Une vision pour l'Ontario

Toutes les personnes qui ont des troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale ainsi que les membres de leur famille auront accès à des services intégraux, intégrés et fondés sur les preuves. Ces services feront l'objet d'une surveillance constante et viseront à améliorer la qualité de vie de la personne qui en bénéficie, conformément à sa définition de cette qualité de vie.

But visé

Comme le gouvernement est en période de transition, divers rôles, responsabilités et processus n'ont pas encore été précisés. Par conséquent, tous les intervenants devront déterminer qui assumera la responsabilité du présent cadre stratégique. Quelle que soit la décision prise à cet effet, le réseau s'est engagé à collaborer avec tous les partenaires afin de réaliser l'objectif suivant :

Élaborer, mettre en oeuvre et surveiller un plan visant à améliorer les services offerts aux personnes vivant avec des troubles concomitants et à leur famille. Pour ce faire, on améliorera la coordination et l'intégration à l'échelle du système afin que les services offerts aux clients et à leur famille soient accessibles et pleinement intégrés (une équipe avec un plan pour une personne).

Objectifs du cadre stratégique

Les objectifs d'un système de soins coordonné et intégré sont les suivants :

- améliorer l'accès des personnes vivant avec des troubles concomitants et de leur famille au système de soins et leur participation au traitement grâce à des activités d'approche, à des interventions précoces, à un dépistage approprié, à des évaluations, à des traitements et à des soins permanents ;
- améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec des troubles concomitants et de leur famille ;
- réduire au minimum l'incidence des troubles concomitants sur la société, notamment les préjudices sociaux et financiers découlant du non-traitement ou du mauvais traitement de ces troubles.

Principes directeurs

Dans le but d'appuyer la vision, le but et les objectifs du présent cadre stratégique, ainsi que les caractéristiques et les composantes du système, quel que soit le niveau de soins, nous avons défini des principes directeurs qui précisent que les services :

seront axés sur le rétablissement : On mettra l'accent sur le choix du client. Les services favoriseront la prestation de soins de façon optimiste, respectueuse et empathique. Les soins seront adaptés aux besoins du client et reposeront sur les forces et les ressources des personnes vivant avec des troubles concomitants et de leur famille.

miseront sur l'habilitation : On respectera les connaissances et l'expérience des clients et de leur famille. Ces derniers pourront participer à la conception, l'administration, la prestation et l'évaluation des services offerts aux personnes vivant avec des troubles concomitants ainsi qu'à la formation du personnel qui dispense ces services.

seront les moins perturbateurs et les moins restrictifs possibles : Les services seront dispensés de la façon la moins perturbatrice possible afin de maximiser la sécurité, la dignité et le respect de soi du client, de sa famille et d'autrui et de protéger le plus possible leur vie privée.

seront pleinement accessibles : On pourra accéder aux services à tous les points de contact du système et on veillera à ce que ces services soient pleinement intégrés et disponibles au moment opportun.

seront efficaces et axés sur la reddition de comptes : On rendra des comptes au sujet des services aux bailleurs de fonds, aux utilisateurs et à la collectivité en utilisant des processus courants, des indicateurs de résultats, des enquêtes sur la satisfaction des utilisateurs et des familles et d'autres mesures d'évaluation de l'efficacité définies par les clients et les familles.

feront appel à la collaboration et aux partenariats : On planifiera et dispensera les services à l'échelle du système en ayant recours à divers partenariats d'intégration. On améliorera les services à l'aide de programmes de formation polyvalente et commune et d'autres activités.

seront à l'image de la diversité de la clientèle : En ce qui concerne tous les aspects des politiques, de l'administration et de la prestation, les services reconnaîtront les différences au chapitre de la culture, des expériences de vie et des styles de vie des personnes vivant avec des troubles concomitants et de leur famille et miseront sur ces différences.

reconnaîtront l'importance de la famille : Les membres de la famille seront considérés comme des clients et les services reconnaîtront le rôle et la valeur de la famille, telle que définie par le client.

intégreront les déterminants de la santé : Les services intégreront les déterminants de la santé à leurs politiques et programmes en fonction des données sur la santé de la population locale.

reposeront sur les meilleures pratiques : On utilisera une démarche axée sur les preuves pour renforcer les services existants et mettre sur pied de nouveaux services.

Caractéristiques essentielles du système

Pour fournir des soins de qualité, il faut que toutes les composantes du système de prestation de soins aux personnes vivant avec des troubles concomitants et à leur famille possèdent les qualités suivantes :

- accessibilité
- coordination et intégration
- intégralité

Accessibilité

Les services s'inscrivent dans le cadre d'un système convenu de soins. Grâce à ce système, on assure l'accessibilité des services à toutes les personnes qui en ont besoin et on procède à un dépistage systématique des troubles concomitants. Ainsi, les clients reçoivent l'aide dont ils ont besoin au moment approprié, peu importe de quelle façon ils accèdent au système.

Coordination et intégration

Les services doivent être coordonnés et intégrés à l'échelle des systèmes de prestation, car les troubles de santé mentale et les troubles liés à l'abus d'alcool et d'autres drogues peuvent se produire simultanément et chacun doit être considéré comme un trouble primaire. Le traitement coordonné et intégré des troubles concomitants se résume ainsi : « une équipe avec un plan pour une personne » (California Department of Alcohol and Drug Programs, California Department of Mental Health, 2004). À l'échelle du système, cela signifie qu'il faut établir et maintenir des liens entre les

fournisseurs de services, entre les secteurs d'activités à l'intérieur d'un système et entre les systèmes afin de faciliter la prestation des services au niveau local (BC Ministry of Health Services, 2004 ; Santé Canada, 2001).

Selon la gravité des problèmes avec lesquels le client est aux prises, ses besoins et ses forces, on peut lui fournir, ainsi qu'à sa famille, des services coordonnés et intégrés en prenant les mesures suivantes :

- accroître la capacité de tous les fournisseurs locaux de services liés à la santé mentale et à l'abus d'alcool et d'autres drogues de venir en aide aux personnes et aux familles vivant avec des troubles concomitants (services accessibles peu importe le point de contact) ;
- faire en sorte que les responsables des systèmes et les fournisseurs de services collaborent entre eux afin de fournir toute la gamme des services requis en misant sur la consultation, les partenariats, les soins communs et les équipes de traitement multidisciplinaires pleinement intégrées pouvant venir en aide aux personnes qui ont des problèmes très graves de santé mentale et d'abus d'alcool et d'autres drogues ;
- établir et maintenir des liens étroits avec les responsables d'autres services dont on a besoin.

Intégralité

Pour fournir des soins intégraux, les responsables des services doivent dispenser un continuum de soins coordonnés et intégrés qui sont :

- conformes aux meilleures pratiques ;
- accessibles et disponibles à long terme ;
- offerts à des niveaux et des intensités permettant de répondre aux besoins individuels.

Composantes d'un système intégral

Les directives et modèles existants applicables aux systèmes intégraux reposent sur la prestation d'un large éventail de services (BC Ministry of Health Services, 2004 ; Missouri Department of Mental Health, 2002 ; NSW Health, 2000 a et b). Les modèles suivants reconnaissent l'importance d'établir, avec le milieu thérapeutique, des liens permanents axés sur l'empathie afin d'obtenir de bons résultats cliniques.

Information et prévention

Les **activités de promotion de la santé et de prévention** font appel à diverses stratégies communautaires pour faire face aux niveaux de risque et à la gravité des problèmes et pour faciliter l'identification précoce et l'intervention. Les activités de prévention peuvent viser :

- la population générale (activités universelles) ;
- des sous-groupes de la population qui ont des risques plus élevés que la moyenne d'avoir des problèmes concomitants de toxicomanie et de santé mentale (activités sélectives) ;
- les personnes à risque élevé et celles ayant déjà des problèmes concomitants (activités indiquées).

Les **services communautaires d'information et d'accès** fournissent à la collectivité des renseignements sur les services disponibles, ainsi que des services d'information, de renvoi, d'admission et de dépistage aux personnes ayant des troubles concomitants et à leur famille.

Évaluation et traitement

Les **activités d'approche et de participation** s'adressent aux personnes ayant des troubles concomitants qui n'ont pas recours à des services spécialisés liés à la santé mentale ou à l'abus d'alcool et d'autres drogues ni à d'autres services officiels ou qui ont cessé d'avoir recours à ces services. Ces activités permettent également d'établir des relations de confiance et d'assurer la participation des gens à toutes les étapes du changement.

L'**identification et le traitement rapides** des personnes qui présentent les premiers signes et symptômes de troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale permettent aux fournisseurs de services de procéder rapidement à une évaluation, de dispenser des traitements et d'accorder un soutien, ce qui peut réduire la durée de la maladie.

Les **services intégraux d'évaluation, de planification du traitement et de renvoi** comprennent l'utilisation de questions ou d'instruments standardisés pour dépister les problèmes concomitants de toxicomanie et de santé mentale. Si on relève de tels problèmes, on peut effectuer une évaluation globale intégrée (y compris une évaluation psychologique ou psychiatrique spécialisée) et planifier le traitement à l'interne ou diriger le client vers les ressources appropriées.

Interventions à court terme

Une **intervention d'urgence** permet de donner suite à des problèmes urgents, notamment les suivants :

- un problème médical grave ;
- un problème psychiatrique grave ou un comportement suicidaire ou violent ;
- une ivresse grave, une surdose ou un sevrage ;
- plusieurs de ces problèmes.

Les **services de gestion du sevrage** aident les personnes qui sont sous l'emprise de l'alcool ou d'autres drogues, qui tentent de mettre fin à leur consommation de ces substances ou qui sont en situation de crise à cause de cette consommation.

Les **services de stabilisation** fournissent un soutien en milieu communautaire ou en établissement aux personnes qui s'appêtent à suivre un traitement intensif ou qui attendent de participer à un programme de traitement.

Interventions à long terme

Les **services de gestion de cas** sont dispensés par des spécialistes en soins primaires. Ils comprennent :

- l'évaluation permanente et la planification du traitement ;
- l'établissement de liens avec les services requis et la coordination de ces services ;
- la surveillance et le soutien ;
- la planification de la mise en congé ;
- la défense des intérêts des clients.

Les **équipes communautaires de traitements actifs** sont des équipes multidisciplinaires qui fournissent les services suivants :

- services d'approche en matière de traitements actifs ;
- traitements personnalisés ;

- services permanents ;
- liens avec d'autres services ;
- surveillance et évaluation.

Les **services communautaires de counseling et de psychothérapie** sont dispensés à des particuliers ou à des groupes à raison d'une ou deux heures par semaine ou moins ou sous forme de programmes intensifs offerts le jour ou le soir.

Les **services de traitement en établissement** offrent des programmes structurés et réguliers de traitement ou de réhabilitation en établissement.

Les **soins aux patients hospitalisés** sont des programmes structurés et réguliers de traitement en établissement offerts aux clients qui, en raison de la gravité de leurs problèmes biomédicaux, affectifs ou comportementaux, ont besoin de soins médicaux ou psychiatriques personnalisés.

Autres soutiens

Les **programmes de logement avec services de soutien** fournissent des logements et des services connexes de rétablissement ou de soutien aux personnes qui ne sont pas prêtes à vivre de façon autonome dans la collectivité ou en mesure de le faire. Les niveaux de supervision, les programmes et la durée de séjour varient.

Les **programmes de soutien en matière d'emploi** fournissent les services suivants :

- développement professionnel, création d'emplois et intervention auprès d'employeurs ;
- développement des compétences, formation en vue de décrocher un emploi et éducation ;
- acquisition de compétences en milieu de travail ;
- techniques de recherche d'emploi et placement ;
- planification d'emploi et orientation professionnelle ;
- aide en matière d'études ;
- aide pour poursuivre les études ou garder un emploi ;
- leadership.

Les **groupes d'entraide et les initiatives personnelles** comprennent les initiatives lancées par les utilisateurs comme le soutien par les pairs, la sensibilisation et la défense des intérêts.

Les **services à la famille** considèrent les membres de la famille comme des clients et fournissent de l'information, des cours, de la formation, du counseling et du soutien.

Par ailleurs, au système de services spécialisés liés à la santé mentale et à l'abus d'alcool et d'autres drogues doivent se greffer des liens étroits et des ententes de partenariat avec des services répondant à d'autres besoins des personnes vivant avec des troubles concomitants, notamment dans les domaines suivants :

- services de santé primaires et spécialisés ;
- soutien aux personnes ayant le VIH ou le sida ;
- conseils financiers ;
- compétences parentales et garde d'enfants ;
- loisirs ;
- réduction des méfaits (p. ex., cliniques de maintien à la méthadone et programmes d'échange de seringues).

Stratégies permettant de concrétiser la vision

Pour concrétiser la vision à l'échelle provinciale, nous devons tirer parti du fait que, lors du processus de planification communautaire des réseaux locaux d'intégration des services de santé, on a fixé comme priorité l'intégration des services liés à la santé mentale et des services liés à l'abus d'alcool et d'autres drogues à l'échelle du continuum.

Les stratégies suivantes nous aideront à concrétiser la vision et à atteindre le but et les objectifs fixés. Leur réussite repose sur un leadership solide et une ferme volonté d'établir des partenariats à au sein des systèmes et entre les systèmes. L'utilisation des stratégies et l'ordre dans lequel on les mettra en oeuvre dépendront des besoins et des circonstances de chaque collectivité. En outre, bien que les stratégies renvoient aux systèmes spécialisés de traitement des troubles de santé mentale et des troubles liés à l'abus d'alcool et d'autres drogues, d'autres services et systèmes peuvent jouer un rôle clé dans ce processus.

1. Élaboration d'un plan

Les nouveaux réseaux locaux d'intégration des services de santé attachent beaucoup d'importance à l'intégration des services liés à la santé mentale et des services liés à l'abus d'alcool et d'autres drogues à l'échelle du continuum. Cela nous donne l'occasion idéale de rendre obligatoire et d'appuyer la mise sur pied ou le maintien de groupes de planification qui dirigeraient l'élaboration, la mise en oeuvre et la surveillance d'un plan, axé sur les preuves, d'intégration des services liés aux troubles concomitants. Des services et systèmes autres que ceux qui s'occupent de la santé mentale et de l'abus d'alcool et d'autres drogues pourraient jouer un rôle clé dans ce processus.

2. Adoption d'un cadre conceptuel

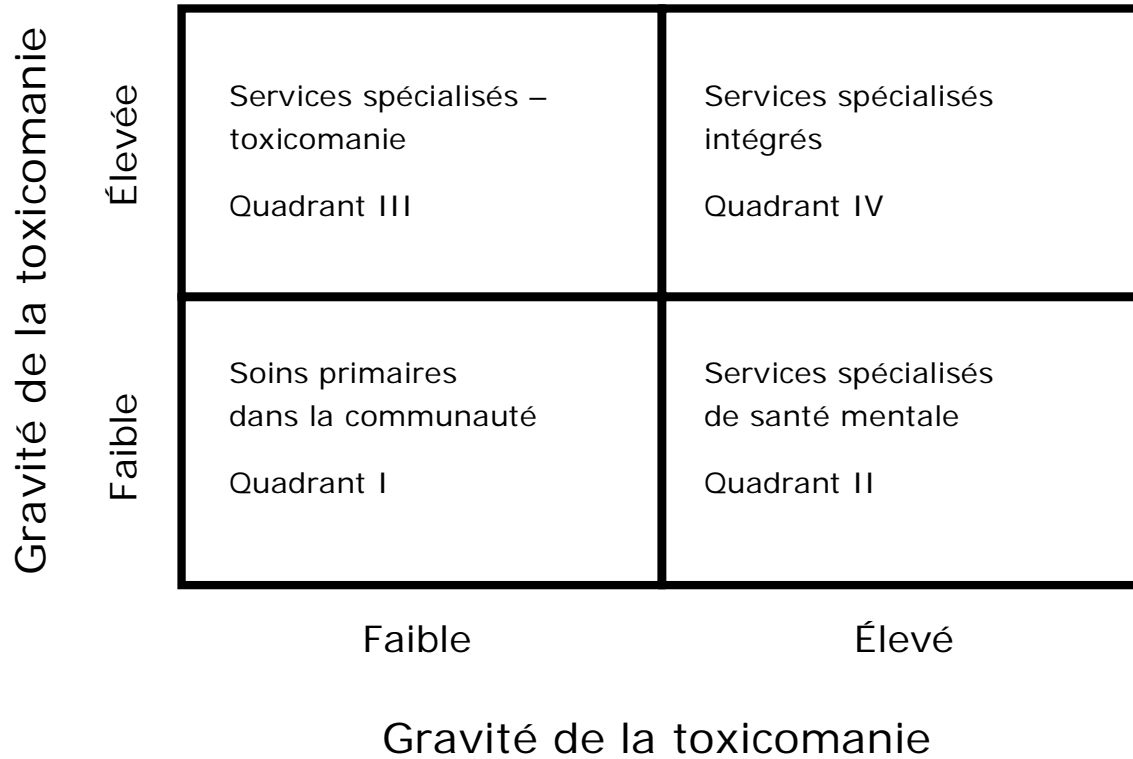
« La figure 1 : Modèle à quatre quadrants » illustre un continuum de la gravité des problèmes et le niveau correspondant de coordination et d'intégration des systèmes. Ce modèle est utilisé fréquemment aux États-Unis et dans d'autres territoires pour procurer aux fournisseurs de services liés à la santé mentale et à l'abus d'alcool et d'autres drogues une terminologie et un cadre communs pouvant les aider à décider comment les deux systèmes peuvent travailler ensemble.

Dans le quadrant I, le traitement des personnes qui ont des problèmes mineurs de santé mentale et d'abus d'alcool et d'autres drogues est axé sur les soins primaires, auquel se greffent des consultations auprès des intervenants des systèmes de traitement des troubles de santé mentale et des troubles liés à l'abus d'alcool et d'autres drogues.

Dans les quadrants II et III, les intervenants des systèmes spécialisés de traitement des troubles de santé mentale et des troubles liés à l'abus d'alcool et d'autres drogues unissent leurs efforts pour servir les personnes qui souffrent d'un trouble très grave (de santé mentale ou lié à l'abus d'alcool et d'autres drogues) et d'un trouble mineur (p. ex., une maladie mentale grave et un problème moins grave d'abus d'alcool et d'autres drogues ; ou une dépendance envers l'alcool et d'autres drogues et une maladie mentale moins grave).

Le quadrant IV exige que les intervenants des deux systèmes unissent leurs efforts pour fournir des services spécialisés intégrés aux personnes ayant des troubles concomitants graves de toxicomanie et de santé mentale.

Figure 1
Modèle à quatre quadrants



3. Évaluation de la capacité des systèmes et des programmes

Selon le modèle à quatre quadrants, chaque secteur de planification doit déterminer dans quelle mesure les services faisant partie de ses systèmes de traitement des troubles de santé mentale et des troubles liés à l'abus d'alcool et d'autres drogues sont actuellement en mesure d'aider les personnes aux prises avec de tels troubles, quelle qu'en soit la gravité, ainsi que les membres de leur famille. Selon une publication récente du CSAT, il y a quatre niveaux de capacité :

- Programme de base : *capacité de traiter un trouble, de dépister d'autres troubles et de procéder aux consultations nécessaires.*
- Programme intermédiaire : *met l'accent sur un trouble et répond à certains besoins des personnes aux prises avec l'autre trouble.*
- Programme avancé : *services intégrés de traitement des troubles de santé mentale et des troubles liés à l'abus d'alcool et d'autres drogues (on a recours aux experts nécessaires et on effectue les interventions requises à l'interne ou en collaboration avec d'autres services).*
- Programme pleinement intégré : *regroupe des interventions en matière de santé mentale et d'abus d'alcool et d'autres drogues (Center for Substance Abuse Treatment, 2005, p. 6).*

4. Élaboration et adoption de directives en matière de meilleures pratiques

Il faut élaborer et adopter des principes et des directives en matière de meilleures pratiques à l'échelle de la province, des systèmes et des programmes et dans les milieux cliniques afin que les fournisseurs de services des deux systèmes suivent les mêmes démarches pour soigner leurs clients. Plusieurs territoires et institutions, en Amérique du Nord et ailleurs, ont élaboré des directives de pratique qui peuvent être adaptées au contexte ontarien.

Par exemple, Santé Canada (2001) a rendu publiques des recommandations en matière de meilleures pratiques applicables aux troubles concomitants dans sa série de livrets sur le traitement des troubles liés à l'abus d'alcool et d'autres drogues et la réhabilitation.

Drake et coll. (2001) ont déterminé que les programmes intégrés devaient avoir les caractéristiques et éléments suivants :

- organisation d'interventions ;
- approche active ;
- interventions motivationnelles ;
- counseling ;
- interventions aux fins de soutien social ;
- perspective à long terme ;
- intégralité ;
- sensibilisation aux réalités culturelles et compétences connexes.

5. Accroissement de la capacité des systèmes et des programmes

À tous les niveaux, le personnel doit adopter une attitude appropriée et avoir les connaissances et les compétences requises pour remplir le mandat de chaque programme et fournir des services aux personnes et aux familles vivant avec des troubles concomitants. Il faut élaborer un plan de prestation des services liés aux troubles concomitants à l'échelle des systèmes indiquant les compétences que possède le personnel et la formation que les employés doivent recevoir aux divers niveaux et au sein de chaque secteur de service.

6. Élaboration d'ententes de partenariat

Dans la plupart des secteurs de planification, les divers services devront définir des protocoles et élaborer des ententes régissant les soins communs et les partenariats afin de fournir les composantes d'un système global s'adressant aux personnes qui vivent avec des troubles concomitants et à leur famille. Les ententes officielles conclues par les services devraient fournir des précisions sur les questions suivantes :

- les rôles et responsabilités des agences partenaires ;
- les modalités de renvoi des clients ;
- les critères d'admission et de mise en congé ;
- la méthode de règlement des conflits ;
- le champ d'activité ;
- la responsabilité des services partenaires concernant la continuité des soins.

Ces ententes devront également fournir des détails sur les questions suivantes :

- les protocoles de dépistage systématique, l'évaluation intégrée (conjointe), la planification du traitement, les renvois et la façon dont les clients peuvent accéder, à partir d'un point de contact unique, aux systèmes de prestation de services liés à la santé mentale et à l'abus d'alcool et d'autres drogues ;
- la tenue régulière de conférences de cas ;
- la consultation et la supervision à l'échelle des systèmes et des services ;
- les équipes mobiles de ressources ou la personne pouvant fournir des conseils d'expert à divers services et endroits ;
- les détachements d'un système à l'autre ou le placement de personnel clinique ;
- les équipes inter-agences ou les équipes mixtes de prestation de services ;
- le regroupement de services liés à la santé mentale et à l'abus d'alcool et d'autres drogues à un même endroit.

7. Surveillance du système

Le but ultime est d'améliorer l'identification, l'accès et le traitement des personnes vivant avec des troubles concomitants et de leur famille ainsi que les résultats qu'elles obtiennent. Par conséquent, le plan régional ou local devrait définir des indicateurs pouvant être utilisés à l'échelle des services et des systèmes pour surveiller les améliorations apportées.

Aller de l'avant

Le présent cadre stratégique a pour point de départ des cadres provinciaux qui ont façonné les services de santé mentale, les services de traitement de l'abus d'alcool et d'autres drogues et les programmes de soutien connexes en Ontario. Il porte sur les besoins complexes en matière de soins des personnes ayant des troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale. Il définit une vision pour la province, fixe un but et des objectifs, établit des principes directeurs et précise les caractéristiques et les composantes essentielles du système. En outre, il appuie les activités des réseaux locaux d'intégration des services de santé et des groupes de planification qui souhaitent améliorer les services liés aux troubles concomitants.

Ceci dit, il faut prendre des mesures au niveau provincial pour soutenir les activités locales visant à améliorer ces services :

- Il faut appuyer les travaux permanents de recherche afin d'accroître nos connaissances au sujet des interventions efficaces auprès des utilisateurs et des familles et de constamment mettre à jour les directives applicables aux meilleures pratiques. Il faut élaborer un programme de recherche en consultant les intervenants clés, notamment les chercheurs, le gouvernement, les fournisseurs de services, les utilisateurs des services et d'autres personnes.
- Il faut élaborer des politiques et des procédures pour appuyer le financement combiné ou mixte des services liés aux troubles concomitants. La décentralisation des activités du ministère de la Santé et des Soins de longue durée vers les bureaux régionaux, le regroupement des activités liées à la santé mentale et à l'abus d'alcool et d'autres drogues sous une même unité opérationnelle et la création des réseaux locaux d'intégration des services de santé nous donnent l'occasion d'adopter des mécanismes souples de financement des services liés aux troubles concomitants.
- Il faut accroître la capacité grâce à des activités de formation et définir des normes provinciales pour accréditer ou désigner des programmes ou des systèmes, ainsi que pour agréer les fournisseurs de services et les cliniciens ou leur délivrer des permis afin de veiller à ce que les personnes et les familles vivant avec des troubles concomitants reçoivent des services appropriés et de qualité.

- Il faut définir un cadre stratégique concernant les troubles concomitants applicable aux enfants, aux jeunes et à leur famille. Cette initiative devrait être dirigée par un réseau provincial et faire appel à un processus de consultation semblable à celui utilisé pour définir le présent cadre stratégique.
- Il faut constamment élaborer des politiques et des services qui visent les groupes spéciaux ayant des troubles concomitants et autres et qui sont adaptés à leurs besoins. Ces groupes peuvent comprendre les suivants :
 - les Autochtones, qui doivent contribuer à l'élaboration d'un modèle de traitement des troubles concomitants adapté à leur réalité culturelle et comportant des stratégies qui répondent à leurs besoins ;
 - les membres d'autres groupes culturels et marginalisés de l'Ontario, qui doivent participer au choix des modèles de traitement des troubles concomitants et déterminer les stratégies qui permettront de concrétiser la vision ;
 - les personnes ayant d'autres besoins précis, notamment celles ayant subi un traumatisme crânien, ayant un retard de développement ou un handicap physique ou d'ordre sensoriel et les personnes ayant des problèmes liés au vieillissement.

Références et ressources utilisées pour définir le cadre stratégique

AUSTRALIAN CAPITAL TERRITORY (ACT) HEALTH. *Final Report on Dual Diagnosis Treatment Options for the ACT - Executive Summary*, Australian Capital Territory Health, 2002.

<http://www.health.act.gov.au/c/health?a=da&did=10015876>

ARIZONA INTEGRATED TREATMENT CONSENSUS PANEL. *Providing Integrated Services for Persons with Co-occurring Mental Health and Substance Abuse Disorders –Implementation Plan Phase 1*, Arizona Department of Health Services, Division of Behavioural Health Services, Michael Franczak et Christina Dye, co-chercheurs principaux, décembre 1999.

<http://www.hs.state.az.us/bhs/finalreport.pdf>

BC MINISTRY OF HEALTH SERVICES. *Every Door Is the Right Door – A British Columbia Planning Framework to Address Problematic Substance Use and Addiction*, 2004. <http://www.healthservices.gov.bc.ca/mhd>

CALIFORNIA DEPARTMENT OF ALCOHOL AND DRUG PROGRAMS AND CALIFORNIA DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH. *Co-Occurring Disorders Workgroup Final Report*, mars 2004. <http://www.adp.cahwnet.gov/COD/genInfo.shtml>

CENTRE CANADIEN DE LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME ET LES TOXICOMANIES. *Prévention, exposé général*, (sans date).

<http://www.ccsa.ca/index.asp?ID=21&menu=&page=86&full=yes>

ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA SANTÉ MENTALE, CENTRE DE TOXICOMANIE ET DE SANTÉ MENTALE ET FÉDÉRATION DES PROGRAMMES COMMUNAUTAIRES DE SANTÉ MENTALE ET DE TRAITEMENT DES TOXICOMANIES DE L'ONTARIO. *Community Integration Planning: Key Issues in Mental Health and Addictions*, (sans date).

<http://www.ofcmhap.on.ca/policy/LHIN/LHIN%20Key%20Issues%20Document-final1.htm>

CENTER FOR SUBSTANCE ABUSE TREATMENT. *Substance Abuse Treatment for Persons with Co-Occurring Disorders*, Treatment Improvement Protocol (TIP) 42, publication DHSS n° SMA. 05-3922, Rockville, MD, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2005.

CENTRE DE TOXICOMANIE ET DE SANTÉ MENTALE. *Au-delà des étiquettes : Une trousse éducative qui favorise la compréhension des effets des préjugés sur les personnes vivant avec des problèmes concomitants de toxicomanie et de santé mentale*, Toronto, Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2005.

CLINE, C.A. ET K. MINKOFF. *A Strength-Based Systems Approach to Creating Integrated Services for Individuals with Co-Occurring Psychiatric and Substance Use Disorders*, New Mexico DOH, rapport technique, Substance Abuse and Mental Health Services Administration et The National Association of Mental Health Planning and Advisory Councils, 2002.
<http://www.samhsa.gov/reports/NewMexico/main.htm>

COMMONWEALTH DEPARTMENT OF HEALTH AND AGING. *Current Practice in Management of Clients with Comorbid Mental Health and Substance Use Disorder in Tertiary Care Settings*, National Drug Strategy and National Mental Health Strategy, National Comorbidity Project, Canberra, Commonwealth Department of Health and Aging, 2003.
<http://www.health.gov.au/pubhlth/strateg/comorbidity/>

COOPER, G. ET K. CALDERWOOD. « Concurrent Disorders », dans S. Harrison et V. Carver (éditeurs), *Alcohol & Drug Problems: A Practical Guide for Counsellors*, Toronto, Centre de toxicomanie et de santé mentale, (p. 583–604), 2004.

DRAKE, R.E., S.M. ESSOCK, A. SHANER, K.B. CAREY, K. MINKOFF ET COLL. « Implementing Dual Diagnosis Services for Clients with Severe Mental Illness », *Psychiatric Services*, 52, p. 469-476, 2001.
<http://ps.psychiatryonline.org/cgi/content/full/52/4/469>

DUAL DIAGNOSIS RECOVERY NETWORK. *Co-occurrence: Bridging the Gap for Change – The Next Step*, présenté par le Dual Diagnosis Recovery Network au nom du State of Tennessee Co-occurrence Task Force, 2002.
http://www.dualdiagnosis.org/library/tn_state_report2002/statewide_task_force_report.htm

GITBERG, M. ET L. VAN WYK. « Trauma and Substance Use », dans S. Harrison et V. Carver (éditeurs), *Alcohol & Drug Problems: A Practical Guide for Counsellors*, Toronto, Centre de toxicomanie et de santé mentale, (p. 415–434), 2004.

GOUVERNEMENT DE L'ONTARIO. *Franchir les étapes : Cadre de prestation des services de santé mentale et des services de soutien connexes*, n° de cat. 7610-2231489, 2001.

SANTÉ CANADA. *Meilleures pratiques : Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie*, Ottawa, ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux, n° de cat. H39-599/2001-2F, 2001.

<http://www.cds-sca.com>

INSTITUTE OF MEDICINE. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*, Washington, DC, National Academies Press, 2001.

LITTMAN-SHARP, N. « Introduction to the Treatment of Problem Gambling », dans S. Harrison et V. Carver (éditeurs), *Alcohol & Drug Problems: A Practical Guide for Counsellors*, Toronto, Centre de toxicomanie et de santé mentale, (p. 675–708), 2004.

MARTIN, N. *Mood Disorders and Problem Gambling: Cause, Effect or Cause for Concern. A Review of the Literature*, Société pour les troubles de l'humeur du Canada, 2004.

<http://www.gamblingresearch.org/download.sz/Moodlitreview.pdf?docid=5391>

MINKOFF, K. *Comprehensive, Continuous, Integrated System of Care Model Description*, (sans date). <http://www.zialogic.org/CCISC.htm>

MISSOURI DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH. *Practice Guidelines for the Treatment of Adults with Co-occurring Substance Use Disorders and Mental Illness. Report submitted to the Missouri Department of Mental Health Steering Committee for Practice Guidelines*, septembre 2002.

<http://www.dmh.missouri.gov/cps/issues/codisorders.pdf>

NATIONAL ASSOCIATION OF STATE MENTAL HEALTH PROGRAM DIRECTORS (NASMHPD) ET NATIONAL ASSOCIATION OF STATE ALCOHOL AND DRUG ABUSE DIRECTORS (NASADAD). *National Dialogue on Co-occurring Mental Health and Substance Abuse Disorders*, 1998.

http://www.dualdiagnosis.org/library/national_dialogue/index.html

NATIONAL ASSOCIATION OF STATE MENTAL HEALTH PROGRAM DIRECTORS (NASMHPD) ET NATIONAL ASSOCIATION OF STATE ALCOHOL AND DRUG ABUSE DIRECTORS (NASADAD). *Financing and Marketing the New Conceptual Framework for Co-occurring Mental Health and Substance Abuse Disorders – A Blueprint for Systems Change. Final Report of the Task Force*, juin 1999.

<http://www.nasadad.org/Departments/Research/ConsensusFramework/financial/co1999.htm>

NEW YORK STATE OFFICE OF MENTAL HEALTH. *Evidence-based Practices Integrated Treatment for Co-occurring Substance Abuse and Mental Health Disorders*, 2003.

<http://www.omh.state.ny.us/omhweb/ebp/adult%5Fintegratedtreatment.htm>

NSW HEALTH. *The Management of People with a Co-existing Mental Health and Substance Use Disorder. Discussion Paper*, 2000a.

<http://www.health.nsw.gov.au>

NSW HEALTH. *The Management of People with a Co-existing Mental Health and Substance Use Disorder. Service Delivery Guidelines*, 2000b.

<http://www.health.nsw.gov.au>

BUREAU ONTARIEN DE LUTTE CONTRE LA TOXICOMANIE. *Vers de nouvelles orientations : Cadre de mise en oeuvre des services de traitement de la toxicomanie en Ontario*, 1999. <http://sano.camh.net/rational/scintro.htm>

ONTARIO. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE. *Cadre stratégique du programme d'intervention précoce dans le traitement de la psychose*, décembre 2004.

http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/pubf/ministry_reportsf/psychosisf/psychosisf.html

ONTARIO. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE. *Rapports sur les priorités d'intégration*, 2005.

http://www.health.gov.on.ca/renouvellement/lhinf/reportsf/integ_reportsf.html

PRESIDENT'S NEW FREEDOM COMMISSION ON MENTAL HEALTH. *Achieving the Promise: Transforming Mental Health Care in America*, 2003.

<http://www.mentalhealthcommission.gov/reports/FinalReport/toc.html>

RUSH, B. *Présentation au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie*, 2004.

SKINNER, W., C.P. O'GRADY, C. BARTHA ET C. PARKER. *Les troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale, Guide d'information*, Toronto, Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2004.

SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION. *Report to Congress on the Prevention and Treatment of Co-occurring Substance Abuse Disorders and Mental Health Disorders*, Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2002.

<http://www.samhsa.gov/reports/congress2002>

SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION. *Evidence-Based Practices Shaping Mental Health Services Towards Recovery - Co-occurring Disorders: Integrated Dual Disorders Treatment Implementation Resource Kit*, 2003.

<http://www.mentalhealth.samhsa.gov/cmhs/communitysupport/toolkits/cooccurring/>

TEXAS DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH AND MENTAL RETARDATION ET TEXAS COMMISSION ON ALCOHOL AND DRUG ABUSE - *Co-occurring Psychiatric and Substance Use Disorders Treatment Manual*, 2003.

http://www.dshs.state.tx.us/mhprograms/COPSD_Manual.pdf

TURNER, N., U. JAIN, P. MUGLIA ET W. SPENCE. *Special Problems in Gambling: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Pathways to Problem Gambling. Executive Summary*, Ontario Problem Gambling Research Centre, 2002. <http://www.gamblingresearch.org/contentdetail.sz?cid=156&pageid=0>

US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action*. Rockville, MD, annexe E. p. 196-204, 2001. <http://media.shs.net/ken/pdf/SMA01-3517/SMA01-3517.pdf>

WINNIPEG REGIONAL HEALTH AUTHORITY, FONDATION MANITOBAINE DE LUTTE CONTRE LES DÉPENDANCES, SANTÉ MANITOBA. *Co-Occurring Mental Health and Substance Use Disorders Initiative (Winnipeg Region), Consensus Document*, octobre 2002. <http://www.afm.mb.ca/pdfs/consensusdocument.pdf>

UK DEPARTMENT OF HEALTH. *Mental Health Policy Implementation Guide - Dual Diagnosis Good Practice Guide*, 2002.

<http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/06/04/35/04060435.pdf>

Annexe A : Lexique

Axé sur les preuves : Ce qui résulte de l'intégration des meilleures preuves issues de la recherche à l'expertise clinique et aux valeurs du patient (Institute of Medicine, 2001).

Dépistage : Méthodes utilisées pour déterminer si une personne a un problème de santé mentale ou un problème d'abus d'alcool et d'autres drogues qui nécessite l'utilisation de méthodes plus poussées (Santé Canada, 2001, p. 28).

Famille : Terme défini par le client. Peut comprendre la famille biologique ou sociale comme le père et la mère, les frères et sœurs, la ou le partenaire et les enfants, ainsi que les amis, les collègues et toute autre personne qui est chère au client.

Intégration des systèmes : Établissement de liens durables entre les dispensateurs de services ou les unités de traitement dans un système de soins ou dans l'ensemble des systèmes, s'il y en a plus d'un, et visant à faciliter la prestation de services aux individus à l'échelle locale. Cela se produit par exemple lorsque les traitements de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie sont combinés par au moins deux cliniciens et membres du personnel clinique travaillant pour des unités de traitement ou dispensateurs de services différents. On se sert de diverses dispositions de coordination et de collaboration pour procéder à l'élaboration et à l'implantation d'un plan de traitement intégré (Santé Canada, 2001, p. 19).

Intégration des traitements : Les traitements de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie sont administrés conjointement par les mêmes cliniciens et les mêmes intervenants ou par une même équipe de cliniciens et d'intervenants, de façon à ce que les clients aient une explication uniforme quant à leurs troubles et à leurs problèmes, ainsi qu'une ordonnance médicale cohérente plutôt qu'une série de messages contradictoires provenant de différents intervenants. (Santé Canada, 2001, p. 17).

Intervention préventive indiquée : Interventions visant les personnes qui présentent un risque élevé d'avoir un trouble ou qui ont déjà ce trouble (US Department of Health and Human Services, 2001, p. 199).

Intervention préventive sélective : Intervention visant des sous-groupes de la population qui présentent un risque nettement plus élevé que la moyenne d'avoir un problème de santé (US Department of Health and Human Services, 2001, p. 202).

Intervention préventive universelle : Intervention visant une population définie, quel que soit le risque. Ce peut être toutes les personnes se trouvant dans une école, par exemple, et non la population générale (US Department of Health and Human Services, 2001, p. 204).

Meilleures pratiques : Énoncés élaborés systématiquement pour aider le praticien et le patient à prendre les décisions sur les soins appropriés dans les circonstances spécifiques (Santé Canada, 2001, p. 24).

Préjugé : Étiquette négative qui est mise aux personnes qui ont des particularités, des traits de caractère ou un trouble qui les distinguent des gens « normaux ». Ces différences sont considérées comme indésirables et honteuses et peuvent mener à des attitudes ou des réactions négatives à l'endroit d'une personne (CAMH, 2005).

Problème d'abus d'alcool et d'autres drogues : Terme général décrivant un large éventail de problèmes sociaux, personnels et physiques découlant d'une consommation d'alcool ou d'autres drogues n'ayant pas encore engendré de dépendance.

Troubles concomitants : Présence simultanée d'un problème de santé mentale et d'un problème d'abus d'alcool et d'autres drogues (Centre de toxicomanie et de santé mentale).

Troubles liés à l'abus d'alcool et d'autres drogues : Terme de diagnostic (tiré du DSM-IV) qui désigne la consommation régulière d'alcool ou d'autres drogues donnant lieu à des problèmes importants relativement à divers aspects de la vie tel que le travail, les relations interpersonnelles, la santé physique et le bien-être économique. Ce terme comprend deux sous-catégories mutuellement exclusives, soit l'abus et la dépendance aux substances psychoactives. Dans certains cas, la consommation de substances (contrairement à l'abus ou à la dépendance) a des répercussions négatives sur les individus ayant des troubles mentaux. (Santé Canada, 2001, p. 8).

Une équipe avec un plan pour une personne : Façon de dispenser des services axée sur le client. « Une équipe » peut être un fournisseur de services, un groupe de personnes fournissant des services dans le cadre d'un programme ou un groupe de fournisseurs de services qui unissent leurs efforts dans le cadre de plusieurs programmes pour s'assurer que le client

(une personne) bénéficie d'un plan de traitement intégré et coordonné (un plan) répondant à ses besoins en matière de santé mentale ou d'abus d'alcool et d'autres drogues. Voir aussi « Intégration des systèmes » et « Intégration des traitements ».

Utilisateur : Personne qui utilise ou qui a utilisé un service de santé (US Department of Health and Human Services, 2001, p. 197).

Annexe B : Aperçu du jeu problématique

Introduction

Les jeux de hasard et d'argent sont très populaires au Canada. Les activités légales de jeu ont connu une expansion remarquable au pays depuis les années 1990, comme en témoigne la hausse substantielle du nombre de casinos permanents, de paris sur des courses de chevaux, d'appareils de loterie vidéo et de machines à sous. Les jeux de hasard et d'argent comprennent également les loteries, les activités de jeu sur Internet, les billets de jeu à révélation instantanée et les bingos. En raison des sommes ainsi générées, les jeux de hasard et d'argent sont devenus une source importante de revenus pour les gouvernements provinciaux (Littman-Sharp, 2004). Au Canada, les revenus générés par les loteries administrées par les gouvernements, les appareils de loterie vidéo et les casinos ont atteint 11,3 milliards de dollars en 2002. Cela représente des revenus quatre fois supérieurs à ceux générés dix ans plus tôt (Martin, 2004). Des recherches indiquent que le nombre accru d'activités de jeu entraîne une hausse de la participation à ces activités et de la prévalence du jeu pathologique (Ladouceur et coll., 1999).

Lors d'une enquête menée récemment auprès d'adultes ontariens, 83 pour 100 des répondants ont déclaré qu'ils avaient joué à des jeux de hasard et d'argent au cours de l'année précédente (Wiebe et coll., 2001). À l'échelle nationale, les résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.2, réalisée en 2002, indiquent que les trois quarts des Canadiens (78 pour 100 des hommes et 73 pour 100 des femmes) avaient joué à des jeux de hasard et d'argent au cours de l'année écoulée et que quatre répondants sur dix jouaient toutes les semaines (Marshall et Wynne, 2003).

Prévalence du jeu problématique

À l'instar d'autres comportements pouvant engendrer une dépendance, les jeux de hasard et d'argent peuvent être considérés comme s'inscrivant dans le cadre d'un continuum comprenant l'absence de jeu, le jeu occasionnel ou sérieux dans un contexte social, le jeu à risques, le jeu problématique et le jeu pathologique (Littman-Sharp, 2004). Au Canada, deux instruments sont utilisés couramment pour évaluer la prévalence des problèmes de jeu :

l'Indice canadien du jeu excessif (ICJE) et l'échelle de South Oaks sur le jeu (ESOJ).

On peut utiliser les résultats obtenus à l'aide de l'ICJE pour déterminer si les sujets risquent d'avoir des problèmes de jeu ou s'ils sont des joueurs ayant un problème modéré ou grave. Pour les besoins de l'ICJE, on entend par jeu problématique les comportements de jeu ayant des conséquences négatives pour le joueur, d'autres personnes faisant partie de son réseau social ou la collectivité (Marshall et Wynne, 2003).

Les résultats obtenus à l'aide de l'ESOJ, qui est dérivée du DSM-III, permettent de déterminer si les sujets sont des joueurs à problèmes ou des joueurs pathologiques. Le DSM a reconnu officiellement que le jeu pathologique était un trouble du contrôle des impulsions en 1980 (Ladouceur et coll., 1999).

Marshall et Wynne (2003) ont analysé les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 1.2. Selon les résultats obtenus à l'aide de l'indice de la gravité du jeu problématique (IGJP), qui fait partie de l'ICJE :

- 6,3 pour 100 (6,5 pour 100 en Ontario) des personnes qui jouaient étaient des joueurs à risques ou étaient déjà des joueurs à problèmes ;
- 3,7 pour 100 présentaient un risque faible (6,8 pour 100 en Ontario) ;
- 2,0 pour 100 (2,1 pour 100 en Ontario) présentaient un risque modéré ;
- 0,6 pour 100 (0,6 pour 100 en Ontario) étaient des joueurs à problèmes.

Les personnes présentant un risque faible ou modéré jouaient plus de cinq fois par année et montraient des signes de comportements associés au jeu problématique, p. ex., parier une somme plus importante qu'ils ne pouvaient se permettre de perdre. Les joueurs à problèmes jouaient plus de cinq fois par année et leurs comportements avaient des conséquences négatives pour eux-mêmes, leur réseau social ou leur collectivité.

Les auteurs d'une enquête menée en 2001 sur le jeu et les comportements de jeu en Ontario ont eux aussi utilisé l'indice de la gravité du jeu problématique de l'ICJE (Wiebe et coll., 2001). Bien qu'ils aient utilisé les mêmes notes limites pour classer les comportements de jeu, ils ont eu recours à une autre terminologie pour décrire leurs groupes. Cette enquête a donné les résultats suivants :

- 16,8 pour 100 des répondants ne jouaient pas ;
- 68,8 pour 100 des répondants ont déclaré qu'ils jouaient mais n'avaient pas de problèmes de jeu (semblable au résultat de 71 pour 100 obtenu lors de l'ESCC).

Parmi les joueurs à risques ou à problèmes :

- 9,6 pour 100 ont été classés dans la catégorie des joueurs à risques (comparé à 2,8 pour 100 selon l'ESCC) ;
- 3,1 pour 100 avaient des problèmes modérés de jeu (équivalent au résultat de 1,5 pour 100 de joueurs à risques modérés obtenu lors de l'ESCC) ;
- 0,7 pour 100 avaient de graves problèmes de jeu (équivalent au résultat de 0,5 pour 100 de joueurs à problèmes obtenu lors de l'ESCC).

Caractéristiques de la population

Selon les résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (Marshall et Wynne, 2003), les hommes qui jouent sont beaucoup plus susceptibles que les femmes d'être des joueurs à risques ou à problèmes. Les joueurs à risques ou à problèmes étaient un peu plus jeunes que les joueurs sans problème ou plus susceptibles de l'être et d'être moins instruits, d'être des Autochtones n'habitant pas dans une réserve et de jouer tous les jours ou plusieurs fois par semaine (de 2 à 6 fois par semaine).

Les auteurs ont constaté que, en Ontario, les taux de prévalence de problèmes modérés ou graves de jeu étaient plus élevés chez les personnes jeunes (18 à 24 ans), les hommes seuls, les étudiants, les chômeurs et les personnes instruites. Les personnes à faible revenu étaient moins susceptibles de jouer, mais risquaient davantage d'avoir des problèmes de jeu (Wiebe et coll., 2001).

Le type de jeu avait une influence sur la probabilité de devenir un joueur à risques ou à problèmes. Une personne sur quatre utilisant des appareils de loterie vidéo était un joueur à risques ou à problèmes alors que 7 pour 100 seulement des personnes qui achetaient des billets de loterie étaient de tels joueurs. En Ontario, on a relevé un lien entre les problèmes graves de jeu et le fait de jouer par l'entremise d'un preneur de paris et de jouer dans un casino (Wiebe et coll., 2001).

Le jeu problématique a un effet néfaste sur les particuliers, leur réseau social et leur collectivité. En Ontario, les personnes ayant un problème de jeu sont plus susceptibles de boire, de fumer et de consommer des drogues illicites que les joueurs sans problème (Wiebe et coll., 2001). Il y a un lien entre la hausse de la gravité des problèmes de jeu et la perte de revenu, l'endettement, les difficultés relationnelles, les problèmes d'emploi, la solitude, l'isolement, les problèmes de santé, la dépendance envers l'alcool, le stress, l'anxiété et la dépression (Marshall et Wynne, 2003 ; Wiebe et coll., 2001).

Fait important, Marshall et Wynne (2003) ont signalé que un joueur à problèmes sur cinq avait envisagé de se suicider au cours de l'année ayant précédé l'enquête. En Ontario, les personnes ayant de graves problèmes de jeu étaient les plus susceptibles de déclarer avoir commis un crime pour pouvoir jouer (Wiebe et coll., 2001). En outre, les personnes ayant des problèmes de jeu modérés ou graves ont souvent des croyances erronées concernant leurs chances de gagner (Wiebe et coll., 2001).

Le jeu problématique et les troubles concomitants

Tel qu'indiqué précédemment, les joueurs à problèmes éprouvent davantage de stress et de détresse que les joueurs sans problème. Leurs taux de dépendance envers l'alcool et de dépression clinique grave sont plus élevés (un joueur à problèmes sur quatre souffrira d'une telle dépression au cours de sa vie). De plus, un joueur à problèmes sur cinq a envisagé de se suicider au cours de l'année précédente.

Des recherches indiquent que les joueurs à problèmes sont plus stressés que les joueurs sans problème avant de commencer à jouer et ont des antécédents personnels et familiaux plus difficiles (Turner et coll., 2002). D'autres recherches laissent croire que des troubles de l'humeur peuvent précéder les problèmes de jeu graves (jeu pathologique) (Martin, 2004). Outre cette association avec les troubles de l'humeur, on a constaté qu'il y avait aussi un lien entre le jeu problématique et le trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention (Turner et coll., 2002).

Les femmes qui ont des problèmes de jeu ont un grand nombre de points en commun avec les femmes qui ont des problèmes liés à l'abus d'alcool et d'autres drogues : taux élevés de problèmes de santé mentale et d'abus d'alcool et d'autres drogues dans la famille et antécédents de violence physique et psychologique pendant l'enfance. On a également relevé des

taux élevés de problèmes avec la conjointe ou le conjoint ou la ou le partenaire au sujet de la consommation d'alcool, de la colère et du jeu, ainsi que des problèmes de violence familiale (Boughton et Brewster, 2002).

Blaszczynski (2000) a conçu un modèle illustrant le cheminement vers le jeu problématique. Ce modèle intègre les facteurs biologiques, cognitifs et environnementaux, et ceux liés à la personnalité, au développement et à la théorie de l'apprentissage. Il a déterminé trois sous-groupes généraux de joueurs à problèmes :

- les joueurs à problèmes normaux qui ne présentent pas de psychopathologie prémorbide ;
- les joueurs présentant des troubles affectifs qui ont des antécédents familiaux de jeu problématique, qui ont vécu des expériences négatives de développement, qui ont un caractère névrotique, qui ont connu des événements indésirables dans leur vie et pour qui le jeu est un mécanisme d'adaptation ;
- les joueurs qui présentent des corrélats biologiques du jeu révélant une impulsivité et qui affichent d'autres comportements problématiques comme l'abus d'alcool et d'autres drogues, des pensées suicidaires, l'irritabilité, une faible tolérance à l'ennui, la recherche de sensations fortes et des comportements criminels.

Selon Martin (2004), on sait que le taux de prévalence des troubles concomitants de toxicomanie et de psychiatrie est élevé. De plus, ces troubles font l'objet d'un dépistage actif. Toutefois, ce n'est pas le cas pour les problèmes de jeu. En effet, on n'accorde pas suffisamment d'attention à l'évaluation et au traitement du jeu pathologique chez les personnes ayant des problèmes psychiatriques, particulièrement des troubles de l'humeur (Martin, 2004). Lors d'une étude faisant suite à l'étude originale sur la prévalence réalisée en Ontario, Wiebe et coll. (2003) ont constaté que le pourcentage de personnes recevant des traitements pour des problèmes de santé mentale augmentait en fonction de la gravité des problèmes de jeu, passant de 13,9 pour 100 chez les joueurs sans problème à 41,7 pour 100 chez les personnes ayant de graves problèmes de jeu.

Conclusion

Le jeu problématique est en voie de venir un grave problème social en Ontario. Il est peu probable qu'il disparaisse compte tenu de la hausse constante du nombre d'activités de jeu. Les personnes ayant des problèmes

de jeu ont plusieurs points en commun avec celles ayant des problèmes d'abus d'alcool et d'autres drogues. On est conscient de cette situation en Ontario et dans la plupart des autres provinces, où les services de traitement du jeu et de l'abus d'alcool et d'autres drogues sont dispensés sous un même toit. Un nombre important de personnes qui ont des problèmes de jeu ont aussi des problèmes de santé mentale et d'abus d'alcool et d'autres drogues. Il peut y avoir un lien causal entre ces problèmes, qui peuvent être exacerbés par les problèmes de jeu. Toutefois, il se peut que, chez les personnes ayant des problèmes de santé mentale, les problèmes de jeu ne soient pas toujours repérés ni traités.

Références

BLASZCZYNSKI, A. « Pathways to Pathological Gambling: Identifying Typologies », *eGambling*, numéro 1, 2000.

<http://www.camh.net/egambling/archive/pdf/EJGI-issue1/EJGI-issue1-feature.pdf>

BOUGHTON, R. ET J.M. BREWSTER. *Voices of Women Who Gamble in Ontario: A Survey of Women's Gambling, Barriers to Treatment & Treatment Service Needs*, 2002.

[http://www.gamblingresearch.org/download.sz/voicesofwomen%20Boughton%20\(1\).pdf?docid=1524](http://www.gamblingresearch.org/download.sz/voicesofwomen%20Boughton%20(1).pdf?docid=1524)

LADOUCEUR, R., C. JACQUES, F. FERLAND ET I. GIROUX. « Prevalence of Problem Gambling: A Replication Study 7 Years Later. Brief Communications », *Revue canadienne de psychiatrie*, 44, p. 802-804, 1999.

<http://www.cpa-apc.org/?publications/Archives/CIP/1999/Oct/ladouceur>

LITTMAN-SHARP, N. « Introduction to the Treatment of Problem Gambling », dans S. Harrison & V. Carver (éditeurs.), *Alcohol & Drug Problems: A Practical Guide for Counsellors* (p. 675–708), Toronto, Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2004.

MARSHALL, K. ET H. WYNNE. « Contre vents et marées », *L'emploi et le revenu en perspective*, Statistique Canada, n° au catalogue 75-001-X1F (décembre 2003).

MARTIN, N. *Mood Disorders and Problem Gambling: Cause, Effect or Cause for Concern? A Review of the Literature*, Société pour les troubles de l'humeur du Canada, 2004.

<http://www.moooddisorderscanada.ca/findinghelp/gambling/report/>

TURNER, N., U. JAIN, P. MUGLIA ET W. SPENCE. *Special Problems in Gambling: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Pathways to Problem Gambling. Executive Summary*, Ontario Problem Gambling Research Centre, 2002.

<http://www.gamblingresearch.org/contentdetail.sz?cid=156&pageid=0>

WIEBE, J., E. SINGLE ET A. FALKOWSKI-HAM. *Measuring Gambling and Problem Gambling in Ontario*. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et Responsible Gambling Council (Ontario), 2001.

http://www.responsiblegambling.org/articles/CPGI_report-Dec4.pdf

WIEBE, J., B. COX ET A. FALKOWSKI-HAM. *Psychological and Social Factors Associated with Problem Gambling in Ontario: A One Year Follow-Up Study*, 2003.

<http://www.gamblingresearch.org/contentdetail.sz?cid=2690>

Annexe C : Membres du Réseau ontarien des troubles concomitants

Membres reconnus

<p>Christine Bois Chef du service de partage des connaissances sur les troubles concomitants, Centre de toxicomanie et de santé mentale Tél. : (613) 256-7625 Téléc. : (613) 256-7624 Courriel : christine_bois@camh.net</p>	<p>Sheila Irvine Chef de projet, Services de santé Royal Ottawa 1145, avenue Carling Ottawa, ON K1Z 7K4 Tél. : 613 722-6521, poste 6707 Courriel : sirvine@rohcg.on.ca</p>
<p>Abi Sprakes Chef, Family Services Thunder Bay 544, avenue Winnipeg Thunder Bay ON P7B 3S7 Tél. : (807) 684-1890 Téléc. : (807) 344-3782 Courriel : asprakes@fstb.net</p>	<p>Patty MacDonald Chef des opérations, Association canadienne pour la santé mentale, bureau de Sudbury 111, rue Elm Sudbury ON P3C 1T3 Tél. : (705) 675-7252, poste 226 Courriel : pmacdonald@cmha.sudbury.on.ca</p>
<p>D^{re} Lindsey George Directrice, Hamilton Addictions and Mental Health Network ; co-présidente du groupe de travail sur les troubles concomitants, directrice de l'équipe de traitement actif de Hamilton 370, rue Main Est, bureau 401 Hamilton ON L8N 1J6 Courriel : lgeorge@stjosham.on.ca</p>	<p>Dale Butterill Chef, transfert de connaissances, Unité de conseil et de recherche sur les systèmes de santé, Centre de toxicomanie et de santé mentale Tél. : 416 595-6654 Téléc. : 416 979-4703 Courriel : dale_butterill@camh.net</p>
<p>Ian Stewart Directeur général, ADAPT 777 Guelph Line Bureau 214 Burlington Mall Office Galleria Burlington ON L7R 3N2 Tél. : 905 639-6537, poste 25 Téléc. : 905 639-6880 Courriel : istewart@worldchat.com</p>	<p>Adrienne Jugley Chef des services communautaires de santé mentale, service de santé publique de la région de Niagara 573, avenue Glendridge St. Catharines ON L2T 4C2 Tél. : 905 688-2854, poste 7356 Téléc. : 905 684-9798 Courriel : adrienne.jugley@regional.niagara.on.ca</p>
<p>Marilyn Scott Harris Brock Cottage/Tennant House 58, rue Wall, C.P. 1265 Brockville ON K6V 4S1 Tél. : (613) 342-6415 Courriel : Marilyn.scottharris@ripnet.com</p>	<p>Cate Sutherland Directrice générale, Addictions Centre 218, rue Front Belleville ON K8N 2Z2 Tél. : (613) 969 0077 Téléc. : (613) 962-3211 Courriel : csutherland@bellnet.ca</p>
<p>Rob Smits Conseil d'autonomie du client, Centre de toxicomanie et de santé mentale a/s Lucy Costa 1001, rue Queen Ouest Toronto ON M6J 1H4</p>	<p>Betty Miller Coordinatrice du Conseil des familles 33, rue Russell, bureau 2043 Toronto ON M5S 2S1 Tél. : 416 535-8501, poste 6499 Courriel : betty_miller@camh.net</p>
<p>Wayne Skinner Directeur adjoint, troubles concomitants, Centre de toxicomanie et de santé mentale 33, rue Russell Toronto ON M5S 2S1 Tél. : 416 535-8501, poste 6387 Téléc. : 416 595-6399 Courriel : wayne_skinner@camh.net</p>	

Membres associés

<p>Aimee Watson Analyste des politiques, Direction de la réforme des services de santé mentale et de réadaptation, MSSLD Courriel : Aimee.Watson@moh.gov.on.ca</p>	<p>Nellie Manley Analyste principale du Programme de lutte contre les dépendances, MSSLD, Direction de la santé mentale et des dépendances 5700, rue Yonge, 5^e étage Toronto ON M2M 4K5 Tél. : 416 327-4541 Télec. : 416 327-0854 Courriel : Nellie.Manley@moh.gov.on.ca</p>
---	--