
MÉMOIRE

*Soumis dans le cadre de la consultation nationale
Vers une vision renouvelée, intégrée et cohérente en
matière de santé mentale, itinérance et dépendance*

Présenté par

**Centre d'expertise et de collaboration en
troubles concomitants (CECTC)**

Ce mémoire est soumis à titre **PUBLIC**

Montréal, juin 2026

CECTC Centre d'expertise
et de collaboration en
troubles concomitants

Auteurs et autrices

Catherine Provost, responsable des communications et des partenariats, CECTC

Clémence Provost-Gervais, responsable du Soutien-conseil, CECTC

Pamela Lachance, associée de recherche au CHUM et directrice du CECTC

Aline Rose, coordonnatrice clinique et travailleuse sociale, Service de psychiatrie des toxicomanies CHUM

Simon Dubreucq, responsable médical du programme de Télémentorat ECHO-troubles concomitants CHUM adulte et jeunesse et psychiatre, Service de psychiatrie des toxicomanies CHUM

Sous la direction de

Didier Jutras-Aswad, président du CECTC, Chef du Département de psychiatrie du Centre hospitalier de l'Université de Montréal, chercheur-clinicien FRQS et professeur titulaire du Département de psychiatrie et d'addictologie, Université de Montréal

Révision

Geneviève Huppé, agente de soutien au développement, Association des intervenants en dépendance du Québec (AIDQ)

Ana Gabrielle F. Guzman, agente de soutien au développement, AIDQ

Karine Bertrand, vice-présidente du CECTC et directrice scientifique de l'Institut universitaire en dépendances (IUD)

Jean-Marc Ménard, accompagnateur au Soutien-Conseil du CECTC et psychologue

Les personnes qui ont révisé ce document ont été conviées à apporter des commentaires sur la version préfinale, et en conséquence, n'en ont pas révisé ni endossé le contenu final.

Le genre masculin utilisé dans le document désigne aussi bien les femmes que les hommes et sert uniquement à alléger le texte.

Table des matières

Table des matières

Table des matières	2
1. Présentation de l'organisation porteuse du projet	4
1.1 Centre d'expertise et de collaboration en troubles concomitants.....	4
1.1.1 Mission.....	4
1.1.2 Mandat	4
1.1.3 Vision.....	4
1.1.4 Offre de services	5
2. Présentation des collaborateurs	6
2.1 Le Service de psychiatrie des toxicomanies du CHUM.....	6
2.2 L'Association des intervenants en dépendance du Québec (AIDQ).....	6
2.3 Démarche de rédaction du mémoire	7
3. Principaux constats au Québec.....	8
3.1 Une prévalence élevée et persistante des troubles concomitants.....	8
3.2 Vieillesse de la population et adaptation des services.....	9
3.3 Des services encore trop souvent cloisonnés	9
3.4 Un besoin criant de formation et de transfert des connaissances.....	11
3.5 Coûts importants	11
3.6 Avancées et actions concrètes réalisées	12
4. Enjeux, défis et problèmes observés.....	13
4.1 Accès aux services et continuums de soins.....	13
4.1.1 Les personnes vivant avec des troubles concomitants font face à un accès limité, fragmenté et souvent inadapté aux services dont elles ont besoin.....	13
4.2 Développement des compétences et soutien aux équipes	13
4.2.1 Malgré les progrès réalisés, des écarts persistent dans la formation et l'utilisation d'outils pour intervenir efficacement auprès des personnes présentant des troubles concomitants complexes.....	13
4.3 Organisation et gouvernance des services	14
4.3.1 La structure actuelle du réseau demeure trop cloisonnée et insuffisamment adaptée aux réalités émergentes des troubles concomitants.....	14
5. Réflexions sur l'intégration des services	15
5.1 Conditions favorables à l'intégration	15
6. Recommandations sur les pistes de solution	16
6.1 Développer les compétences et harmoniser les pratiques en troubles concomitants	17

6.2 Structurer les services de santé de manière adaptée aux personnes vivant avec des troubles concomitants	19
6.3 Renforcer les orientations spécifiques pour les personnes avec troubles concomitants.....	21
6.4 Augmenter l'accessibilité aux outils pour les travailleurs	22
6.5 Lutter contre la stigmatisation et promouvoir l'équité.....	23
7. <i>Conditions de succès et attentes à l'égard des prochaines orientations</i>	24
8. <i>Conclusion</i>	26
9. <i>Panier de services en troubles concomitants pour les organisations</i>	27
10. <i>Références</i>	28

1. Présentation de l'organisation porteuse du projet

1.1 Centre d'expertise et de collaboration en troubles concomitants

Créé en 2017, le CECTC a pour mission de soutenir le réseau de la santé et des services sociaux ainsi que le milieu communautaire dans le développement, l'implantation et la pérennisation d'une offre de soins et de services intégrés et adaptés aux besoins des personnes vivant avec des troubles concomitants de santé mentale et de dépendance.

En 2022, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) a mandaté le CECTC afin de soutenir les établissements du réseau dans la mise en œuvre de modèles probants d'organisation des services adaptés à la concomitance des troubles mentaux et des troubles liés à l'usage de substances, conformément au Plan d'action interministériel en santé mentale 2022–2026 (Action 7.2) ainsi qu'à l'action 4.3.7 du Plan d'action interministériel en dépendance (PAID) 2018-2028. Ce mandat a donné lieu au déploiement de divers services visant à soutenir les cliniciens, les intervenants et les gestionnaires. (MSSS, 2022)

1.1.1 Mission

Le CECTC œuvre à optimiser l'accès, la fluidité et la qualité des soins et des services destinés aux personnes vivant avec des troubles concomitants de santé mentale et de dépendance. À l'échelle de toutes les régions du Québec, il soutient les intervenants, les équipes et les organisations dans l'implantation de pratiques intégrées, durables et fondées sur les données probantes.

1.1.2 Mandat

Le mandat du CECTC est de rassembler l'expertise médicale et psychosociale en troubles concomitants afin de mieux représenter les besoins des personnes concernées, de soutenir les équipes dans l'amélioration de l'accès et de la qualité des soins, et de diffuser les meilleures pratiques auprès des milieux cliniques et d'enseignement. Il vise également à renforcer le transfert de connaissances vers les milieux de pratique afin d'optimiser l'intervention auprès de cette clientèle présentant des besoins complexes.

En renforçant les compétences cliniques et organisationnelles dans le domaine des troubles concomitants, le CECTC contribue au rétablissement des personnes les plus vulnérables, en promouvant une approche humaine, coordonnée et globale.

1.1.3 Vision

Un Québec où les troubles concomitants sont pris en charge de façon pleinement intégrée, humaine et cohérente, favorisant le rétablissement de chacun.

1.1.4 Offre de services

Pour remplir son mandat, le CECTC déploie une gamme de services structurants et complémentaires afin de :

1.1.4.1 Faciliter la mise en place d'un réseau hiérarchisé de services adaptés aux besoins des personnes avec un trouble concomitant

- Accompagner les établissements via un service de **soutien-conseil** organisationnel s'échelonnant sur 30 mois avec une évaluation externe pré-post du niveau d'intégration de services en troubles concomitants ;
- Influencer les orientations provinciales et les pratiques organisationnelles en participant à divers comités stratégiques et instances provinciales et régionales.

1.1.4.2 Assurer une adéquation optimale entre les besoins et le soutien pour l'ensemble des acteurs intervenant auprès des personnes avec un trouble concomitant

- Contribuer au processus de bonification de la formation des intervenants et des futurs intervenants en troubles concomitants avec la **formation sur l'Environnement numérique d'apprentissage provincial (ENA) et ENA-Partenaire** : « Fondement de base en troubles concomitants : un langage commun pour une intervention plus intégrée » ;
- Maintenir une offre de transfert de connaissances à travers le **programme de Télémentorat ECHO-troubles concomitants CHUM adulte et jeunesse** ;
- Démarcher le programme de Télémentorat ECHO-troubles concomitants Mieux-être autochtone CHUM ;
- Entretenir un **portail documentaire** et une **veille informationnelle** ;
- Tenir un service d'**avis-scientifiques** créant du matériel de vulgarisation scientifique s'adressant à tous les intervenants œuvrant avec une clientèle concernée par des troubles concomitants ;
- Engager et former en troubles concomitants les psychiatres du Québec ;
- Mobiliser les différentes parties prenantes impliquées dans les troubles concomitants en vue de promouvoir la collaboration intersectorielle en tenant une **activité scientifique annuelle** en partenariat étroit avec les personnes avec troubles concomitants et les proches aidants.

2. Présentation des collaborateurs

2.1 Le Service de psychiatrie des toxicomanies du CHUM

Le Service de psychiatrie des toxicomanies (SPT) du CHUM offre des services surspécialisés en troubles concomitants destinés aux usagers complexes traversant des périodes d'instabilité aiguë nécessitant un suivi intégré et n'ayant pu se stabiliser à l'aide des services de proximité ou spécialisés en santé mentale ou en dépendance. La comorbidité psychiatrique, médicale et liée à la consommation de ces usagers limite leur accès aux soins dans les services habituels. Le SPT a également un mandat de soutien clinique au réseau, d'enseignement et de recherche. L'offre de service s'adresse à toutes les populations (personnes âgées, adultes, jeunes, personnes en situation d'itinérance, Communautés Premières Nations et Inuits, personnes issues de la diversité sexuelle et de genre et les personnes judiciairisées), principalement des régions de Montréal, de Laval, de Lanaudière, des Laurentides et de la Montérégie. Le SPT vise la stabilisation des personnes vivant avec un trouble concomitant grâce à une approche intégrée en santé mentale et en dépendance, et est en partenariat avec l'équipe de médecine des dépendances du CHUM.

2.2 L'Association des intervenants en dépendance du Québec (AIDQ)

La mission de l'AIDQ est de soutenir, développer et promouvoir les pratiques d'intervention liées à la dépendance. Pour en accroître l'impact, une approche holistique qui comprend à la fois la prévention, la réduction des méfaits, le traitement et la réinsertion sociale est favorisée.

À l'AIDQ, l'avenir des pratiques d'intervention liées à la dépendance est coconstruit avec les membres et partenaires. Les différents acteurs du milieu se rencontrent et unissent leurs forces pour partager leurs savoirs et accélérer le développement et la reconnaissance de leurs pratiques.

Le projet Troubles concomitants : santé mentale et usage de substances psychoactives vise à améliorer l'offre de service pour les personnes vivant avec un trouble concomitant. Ce projet a pour but d'outiller les intervenants du milieu et améliorer la collaboration intersectorielle. Sa particularité repose sur le croisement des savoirs issus des milieux biomédicaux et de recherche, expérientiel et d'intervention, permettant une approche intégrée et adaptée aux réalités complexes des troubles concomitants. Soutenu par un comité de développement, ce projet s'articule autour de trois axes principaux : mettre en lumière et créer des outils innovants, favoriser la collaboration et améliorer la compréhension des troubles concomitants.

2.3 Démarche de rédaction du mémoire

Ce mémoire est le fruit d'une démarche collective et itérative s'appuyant sur : (1) l'expérience terrain de l'équipe du CECTC dans toutes les régions du Québec ; (2) les constats issus des accompagnements réalisés de 2022 à 2026 ; (3) les données tirées des rapports d'activités du CECTC ; (4) les échanges tenus au sein de la Communauté de pratique COMPOS-TC et des groupes du programme de Télémentorat ECHO-TC CHUM du CECTC ; (5) une analyse des données probantes nationales et internationales et (6) les constats du Service de psychiatrie des toxicomanies du CHUM et de l'Association des intervenants en dépendance du Québec (AIDQ). L'ensemble du contenu est ancré dans une vision centrée sur la concomitance santé mentale–dépendance, qui constitue le fil conducteur du mémoire.

3. Principaux constats au Québec

Au cours des dernières années, des avancées significatives ont été réalisées en matière de troubles concomitants au Québec. Grâce aux efforts concertés du MSSS, du CECTC et de ses partenaires, de nombreuses organisations ont amorcé ou consolidé la transformation de leurs services vers des modèles plus intégrés, des centaines de cliniciens ont été formés et les connaissances en matière de troubles concomitants se sont largement diffusées dans le réseau. Le portrait qui suit vise donc à mettre en lumière les enjeux qui persistent, non pas en l'absence de progrès, mais dans un contexte où ces avancées doivent maintenant être consolidées, systématisées et déployées plus uniformément à l'échelle du Québec.

3.1 Une prévalence élevée et persistante des troubles concomitants

Les troubles liés à l'usage de substances et ceux de santé mentale figurent, année après année, parmi les conditions associées au plus lourd fardeau pour les individus et nos sociétés. Lorsqu'ils coexistent chez une même personne, ils entraînent des trajectoires de soins plus complexes, une utilisation plus importante des services et des risques accrus d'hospitalisations répétées, d'itinérance et de judiciarisation. (MSSS, 2022 ; INESSS, 2016) Ces données faisant état, somme toute, d'un fardeau économique important pour le système de santé. En effet, comparativement aux personnes ayant un trouble unique, les personnes vivant avec un TC ont systématiquement un risque plus élevé de suicide, de détresse psychologique, d'itinérance, d'isolement social, de problèmes judiciaires ou encore, de maladies chroniques transmissibles, comme l'hépatite C et non transmissibles, comme le diabète et les maladies cardiovasculaires. (Adlaf et al., 2005 ; Fleury et al., 2015 ; Khan, 2017) Ajoutant à ce portrait clinique sombre, l'Organisation Mondiale de la Santé indiquait, dans son Plan d'action pour la santé mentale 2013-2030, que les troubles mentaux et ceux liés à la consommation de substances représentent 13 % de la charge totale de morbidité à l'échelle mondiale. (Organisation Mondiale de la Santé, 2021)

La prévalence des troubles concomitants (TC) est bien documentée. Au Québec, en 2020-2021, 58 % des personnes évaluées en vue de recevoir des services spécialisés en dépendance présentaient également des troubles mentaux, diagnostiqués ou non. Les besoins de ces personnes ne se limitent pas à un seul secteur d'intervention. (MSSS, 2022)

De plus, le Service de psychiatrie des toxicomanies du CHUM observe une hausse importante de la proportion de personnes présentant un trouble lié à l'usage de stimulants (méthamphétamines, amphétamines, cocaïne, etc.). Ces usagers représenteraient maintenant près de 70 % de la clientèle du service. La majorité des personnes suivies au SPT présentent par ailleurs plusieurs diagnostics en santé mentale ainsi que divers troubles liés à la consommation.

Les recherches montrent de plus en plus que les personnes avec une comorbidité présentent un pronostic mitigé lorsqu'elles sont traitées selon les approches traditionnelles, que ce soit de façon séquentielle ou parallèle. (Drake et al., 1996) Ces approches sont également associées à un recours plus fréquent à des services à coûts élevés. (Bartels et al., 1993 ; Dickey et Azeni, 1996) C'est dans cet esprit que l'INESSS recommandait, dans son rapport sur la dispensation des soins et services en TC de 2016, que les personnes atteintes de TC puissent être évaluées et prises en charge de manière adéquate et holistique à tous les niveaux de soins. De plus, l'INESSS indiquait que le maintien et le succès du suivi des personnes vivant avec un TC reposeraient sur l'établissement d'une alliance thérapeutique et que les situations de transition des soins doivent être davantage encadrées et facilitées par les travailleurs de la santé. (INESSS, 2016)

À cet égard, des intervenants membres de l'AIDQ ont indiqué maîtriser l'une ou l'autre des problématiques liées aux TC (dépendance ou santé mentale), tout en se sentant impuissants en contexte de concomitance. Ils ont également soulevé des difficultés de communication entre les services en santé mentale et en dépendance. (AIDQ, 2026)

3.2 Vieillessement de la population et adaptation des services

La clientèle vieillissante développe des troubles neurocognitifs de façon plus précoce et ne répond souvent pas aux critères d'âge exigés par plusieurs ressources ou services. Les profils des personnes présentant des TC sont par ailleurs très diversifiés et touchent l'ensemble des milieux socio-économiques.

Les besoins complexes et l'instabilité de la population ayant des TC exigent une grande flexibilité dans les modalités de suivi ainsi qu'une individualisation de chaque trajectoire de soins. Ces personnes présentent également fréquemment des enjeux médicaux liés à la consommation de substances comme des sevrages difficiles ou la prise de traitements agonistes opioïdes ainsi que d'autres comorbidités possibles (VIH, VHC, infections, etc.). Cela nécessite une collaboration étroite avec les autres services médicaux, tant hospitaliers que de proximité. (SAMHSA, 2009)

3.3 Des services encore trop souvent cloisonnés

Malgré un consensus scientifique clair en faveur des soins intégrés, l'organisation des services demeure largement structurée selon des logiques parallèles : santé mentale d'un côté, dépendance de l'autre. Cette fragmentation complique l'accès aux services, multiplie les ruptures de parcours et contribue au phénomène de la porte tournante, particulièrement chez les personnes ayant des besoins complexes. Or, les données probantes et l'expérience d'autres pays démontrent qu'une approche intégrée donne de meilleurs résultats pour le rétablissement des personnes. (CCSA et CSMC, 2023b ; INESSS, 2016) Bien que cette fragmentation demeure un enjeu, plusieurs initiatives récentes ont permis de renforcer progressivement l'intégration des services,

notamment par le développement de modèles cliniques intégrés, d'outils communs et de mécanismes de collaboration entre équipes.

Aux États-Unis, de nombreux systèmes ont fusionné administrativement les traitements de santé mentale et de dépendance, ce qui a donné la fausse impression que les services pour les TC avaient été intégrés. Cependant, l'émergence de l'épidémie d'opioïdes, la reconnaissance des traumatismes généralisés chez les personnes ayant des troubles liés à l'usage de substances et le besoin accru de services pour les TC dans d'autres contextes (p. ex. : justice pénale, protection de l'enfance) a souligné la nécessité d'améliorer continuellement l'intégration des systèmes et des services de traitement de la santé mentale et de la dépendance. (Minkoff et Covell, 2022)

Un service intégré en TC doit comprendre : détection et évaluation, consultations en santé physique, mentale et en dépendance, accès à un prescripteur (psychiatre, médecin ou IPS), psychoéducation, prévention de la rechute, gestion de cas, continuité des soins, groupes interactifs sur les TC et soutien à l'entraide mutuelle. (SAMHSA, 2020)

Les programmes intégrés partagent six composantes fondamentales : pratique *outreach*, approche globale, partage de la décision, réduction des méfaits, engagement à long terme et traitement par étapes. Plus un programme intègre ces composantes, meilleurs sont les résultats. Ces programmes varient selon les modalités et les ressources disponibles, mais leur efficacité repose essentiellement sur l'intégration de ces composantes. (Mueser et al., 2001)

Dans le cadre du service de soutien-conseil du CECTC, il a pu être observé que certains sujets nécessitent des travaux dans la majorité des équipes au Québec. Seize équipes variées réparties dans différentes régions ont été évaluées au cours des deux dernières années à l'aide des outils développés par Mark McGovern et Heather J Gotham du département de psychiatrie et des sciences du comportement de la Stanford University School of Medicine : *Dual Diagnosis Capability in Addiction Treatment 4.1* (DDCAT) et *Dual Diagnosis Capability in Mental Health Treatment 4.1* (DDCMHT).

Ces outils mesurent le niveau d'intégration de services en TC selon 35 éléments répartis sur 7 dimensions : structure du programme, environnement du programme, évaluation, traitement, continuité des soins, ressources humaines et formation. Ils classent les services en trois catégories : services de traitement des dépendances ou de santé mentale uniquement, services adaptés aux TC et services renforcés pour les TC.

Les résultats obtenus par le CECTC à ce jour sont plutôt homogènes d'une équipe à l'autre et ont montré que 14 des 35 éléments évalués se situent constamment sous le seuil minimal de 3 sur 5, avec une moyenne de 1,49 sur 5. Les éléments concernés sont, entre autres :

- La formation et les compétences en TC ;
- La collaboration et la coordination entre les services de santé mentale et de dépendance ;
- La distribution de matériel éducatif sur les TC ;
- L'éducation sur les TC auprès des usagers ;
- L'évaluation de la motivation au changement et de l'engagement en traitement ;
- L'accès à des pairs aidants.

Ces résultats observés dans des contextes organisationnels variés à travers le Québec font ressortir un besoin de travailler à plus large échelle plusieurs éléments qui permettront de tendre vers des services intégrés en TC.

3.4 Un besoin criant de formation et de transfert des connaissances

Au cours des dernières années, l'accès à la formation en troubles concomitants s'est significativement amélioré, notamment grâce au déploiement de formations structurées et de programmes comme le télémentorat ECHO-TC. Malgré ces avancées, les intervenants du réseau public et communautaire expriment de façon constante un besoin important de formation continue, de supervision et de soutien clinique pour intervenir avec confiance auprès des personnes vivant avec des TC. Toutefois, les études soulignent des difficultés et des barrières inhérentes à la complexité de cette prise en charge par les intervenants, comme le sentiment de fardeau ou d'échec professionnel, les attitudes défavorables ou l'inconfort à l'égard de ces personnes et le manque de connaissances ou d'habiletés quant à certaines approches psychothérapeutiques essentielles. (Garrod et al., 2020) Parallèlement aux orientations ministérielles québécoises, le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) stipulait que pour répondre adéquatement aux besoins complexes des personnes atteintes de TC, les travailleurs de la santé devaient s'enquérir d'un haut niveau de compétences, autant dans le domaine de la santé mentale que de celui des TU, tout en intégrant à leur pratique quotidienne une vision holistique des personnes atteintes ainsi qu'une approche de soins contextualisée et flexible à leurs besoins particuliers. (NICE, 2016)

3.5 Coûts importants

En moyenne, les services destinés aux personnes ayant des TC coûtent près de deux fois plus cher que ceux destinés aux personnes ayant un seul trouble. Comparées aux personnes sans TC, celles qui en ont rechutent plus fréquemment et sont plus susceptibles d'être, hospitalisées, violentes, incarcérées, sans domicile fixe, et atteintes par le VIH, l'hépatite et d'autres maladies. (SAMHSA, 2009)

Par conséquent, les systèmes de santé mentale et de lutte contre la dépendance consacrent la majeure partie de leurs ressources aux populations à haut risque,

comme les personnes ayant des TC. (Dickey & Azeni, 1996) Souvent, ces personnes sont contraintes de suivre des traitements parallèles, où la prise en charge de la dépendance est assurée séparément et indépendamment de celle de leur trouble mental. Cette pratique s'est avérée coûteuse et inefficace. (SAMHSA, 2009)

Une revue systématique de la littérature indique que les soins intégrés combinant des services de santé mentale et un traitement spécialisé en dépendance au même endroit sont associés à une réduction de la consommation de substances et des méfaits qui y sont liés, à une diminution de la sévérité des symptômes de santé mentale, à une amélioration de la qualité de vie, à une baisse des consultations aux urgences et des hospitalisations, ainsi qu'à une réduction des dépenses du système de santé. (Glover-Wright et al., 2023)

En ce sens, les membres de la Communauté de pratique en organisation de services en troubles concomitants du CECTC ont exprimé beaucoup d'inquiétudes concernant les enjeux liés aux ressources financières et la diminution du temps alloué au développement des pratiques, ce qui impacte la capacité des équipes à offrir des soins intégrés.

3.6 Avancées et actions concrètes réalisées

Depuis 2017, plusieurs services ont été développés pour répondre à ces enjeux. En effet, dans le cadre du service de soutien-conseil du CECTC, des CISSS, des CIUSSS et des organismes communautaires ont été accompagnés dans l'amélioration de leurs services.

Chaque année, près de 400 cliniciens sont formés grâce au Télémentorat ECHO-TC CHUM, un modèle probant de formation continue gratuite, accessible et ancrée dans l'intelligence collective. Depuis novembre 2025, une formation ENA sur les éléments fondamentaux en TC est suivie par des centaines de personnes et du matériel pédagogique facilite le transfert de connaissances. D'autres initiatives ont aussi renforcé les capacités du réseau en matière de TC (voir section 9).

On observe ainsi une augmentation de la sensibilisation et des connaissances chez les intervenants, une mobilisation grandissante des organisations pour adapter leur offre de service aux besoins des personnes ayant des TC et une reconnaissance croissante de l'importance de mettre à jour les programmes académiques des intervenants de la santé. Ces avancées témoignent d'un changement réel dans les pratiques et dans la culture clinique et organisationnelle au Québec. Elles démontrent que les leviers nécessaires à l'amélioration des soins en troubles concomitants sont maintenant bien identifiés et en partie déployés. L'enjeu n'est donc plus de démontrer la pertinence des approches intégrées, mais de soutenir leur implantation de manière plus systématique, cohérente et durable à l'échelle du réseau.

4. Enjeux, défis et problèmes observés

Les enjeux présentés ci-dessous concernent à la fois les adultes et les jeunes, avec des impacts souvent plus marqués chez les personnes en situation de vulnérabilité.

4.1 Accès aux services et continuums de soins

4.1.1 Les personnes vivant avec des troubles concomitants font face à un accès limité, fragmenté et souvent inadapté aux services dont elles ont besoin.

- Parcours fragmentés entre les services de santé mentale, de dépendance et les ressources communautaires, entraînant des parcours en porte-tournante et des transitions difficiles ;
- Critères d'admission rigides dans plusieurs programmes, excluant les personnes les plus vulnérables ou trop instables pour des démarches externes prolongées ;
- Insuffisance de services de proximité adaptés aux personnes avec TC en situation d'itinérance ;
- Effritement du filet social et ressources d'hébergement insuffisantes ou inadéquates pour les clientèles complexes, limitant la stabilisation résidentielle ;
- Ressources communautaires limitées, accentuant l'exclusion des personnes les plus instables ou désaffiliées ;
- Accès difficile aux thérapies résidentielles, notamment pour les personnes sans soutien financier ou nécessitant des séjours plus longs ;
- Défis d'accès aux services surspécialisés pour les personnes vivant loin des grands centres, malgré les efforts émergents en télémédecine ;
- Délais d'attente qui compromettent l'engagement et la stabilisation clinique compliquent autant les entrées que les fins d'épisodes de soins.

4.2 Développement des compétences et soutien aux équipes

4.2.1 Malgré les progrès réalisés, des écarts persistent dans la formation et l'utilisation d'outils pour intervenir efficacement auprès des personnes présentant des troubles concomitants complexes.

- Formation initiale encore lacunaire sur la concomitance dans les cursus de plusieurs disciplines ;
- Connaissances souvent insuffisantes des pratiques intégrées en TC dans l'ensemble du réseau ;
- Sentiment de faible efficacité (d'impuissance et de surcharge) chez les intervenants confrontés à des situations complexes sans soutien adéquat ;

- Les membres de la Communauté de pratique en organisation de services en troubles concomitants du CECTC soulignent que l'amélioration des services en TC est une priorité dans plusieurs régions, mais les réalités actuelles du réseau en limitent la concrétisation. Certaines initiatives de soutien à la pratique sont par ailleurs remises en question dans un contexte de compressions budgétaires ;
- Les approches pédagogiques traditionnelles (articles, livres, vidéos, formations ponctuelles) s'avèrent insuffisantes pour modifier les pratiques cliniques ; elles favorisent la diffusion des connaissances, mais ne constituent pas à elles seules des stratégies de mise en œuvre efficaces. (Shojania & Grimshaw, 2005)

4.3 Organisation et gouvernance des services

4.3.1 La structure actuelle du réseau demeure trop cloisonnée et insuffisamment adaptée aux réalités émergentes des troubles concomitants.

- Cloisonnement persistant des directions et des programmes de santé mentale, de dépendance et les ressources communautaires ;
- Absence de cibles et d'indicateurs spécifiques à la concomitance dans les orientations nationales ;
- Apparition de nouvelles substances rendant les situations cliniques plus difficiles à anticiper et augmentant les risques de complications médicales ;
- La prise en charge intégrée des TC repose sur la mise en œuvre d'un ensemble complexe d'interventions, dont la réussite dépend avant tout de changements structurels et organisationnels soutenus. Dans ce contexte, elle requiert davantage que la seule formation des cliniciens à de nouvelles approches, telles que la psychothérapie ; celle-ci devant s'inscrire dans des transformations systémiques pour porter pleinement ses effets. (Drake et Bond, 2010)

5. Réflexions sur l'intégration des services

L'intégration des services en santé mentale et en dépendance constitue la condition centrale d'une réponse efficace à la concomitance. Elle est donc au cœur de la mission du CECTC depuis sa fondation. Les personnes vivant avec des TC naviguent dans un système fragmenté qui nécessite une vision unifiée et des mécanismes concrets de coordination. (CSMC et CCDUS, 2023a ; CCSA et CSMC, 2023b)

Ces conditions ne sont pas que théoriques. Elles s'appuient directement sur les apprentissages tirés des démarches d'accompagnement menées dans plusieurs régions du Québec au cours des dernières années.

5.1 Conditions favorables à l'intégration

Notre expérience nous permet d'identifier les conditions essentielles à une intégration réussie des services en TC :

- Avoir un processus clinique défini dans chaque service en santé mentale et en dépendance qui inclut pour chaque usager : le repérage de problématiques de santé mentale et de dépendance à l'aide d'outils standardisés, l'évaluation de la problématique de santé mentale et/ou de dépendance si le repérage est positif, une évaluation fonctionnelle de la personne, une analyse fonctionnelle et l'identification des enjeux cliniques, la création d'un plan d'intervention avec la personne et contenant des objectifs pour la santé mentale et la dépendance, une révision du plan d'intervention à intervalles réguliers, et un plan de transfert et de fin de traitement (SAMHSA, 2011), (Ménard JM et Provost Gervais C., 2024) ;
- De la supervision clinique en matière de TC dans les équipes de santé mentale et de dépendance (SAMHSA, 2011) ;
- Présence d'intervenants avec des compétences et de l'expérience en matière de TC dans les équipes de santé mentale et de dépendance ainsi que de pairs aidants (SAMHSA, 2011) ;
- De la formation sur les TC abordant la prévalence des TC, les principaux signes et symptômes, les attitudes appropriées, la détection, l'orientation de ces usagers dans les services, les interventions brèves, l'engagement au traitement, le processus d'évaluation, le diagnostic, les traitements psychosociaux et pharmacologiques intégrés pour les TC, la planification de fin de traitement et l'animation de groupes éducatifs sur les TC (SAMHSA, 2011) ;
- Des partenariats intersectoriels solides, notamment via des ententes formelles de collaboration entre les services de santé mentale et de dépendance dans chaque région (SAMHSA, 2011) ;
- Les travaux afin d'intégrer les services en TC sont insérés de manière prioritaire dans les plans d'action/orientations régionales du ministère de la Santé et des Services sociaux et de Santé Québec.

6. Recommandations sur les pistes de solution

Le traitement intégré des TC produit de meilleurs résultats : réduction de la consommation, amélioration psychiatrique, moins d'hospitalisations, meilleure stabilité du logement et qualité de vie, double guérison et réduction des coûts. (SAMHSA, 2009) La prise en charge est plus favorable lorsque les troubles psychiatriques et de toxicomanie sont évalués et traités de manière intégrée. (Dixon et al., 2010 ; Drake et al., 2008 ; Ziedonis et al., 2005)

Ce traitement repose sur des services intégrés, des intervenants formés aux deux troubles, une prise en charge par étapes, des interventions motivationnelles, une approche cognitivo-comportementale, des formats variés et une coordination pharmacologie-psychosocial. (Torrey et al., 2011) Son implantation requiert un alignement entre compétences, financement, réglementation et politiques (Minkoff et Covell, 2022), soutenu par un environnement administratif favorable : financement garanti, exigences de résultats, incitatifs à la qualité et soutien technique. (Torrey et al., 2011)

La mise en œuvre s'articule en six étapes : définir une vision, former des groupes consultatifs, établir des normes d'agrément, harmoniser les incitatifs financiers, structurer la formation et assurer le suivi de la fidélité. (SAMHSA, 2009) Une intégration durable exige un leadership mobilisateur, des politiques claires, un financement dédié et des mécanismes cohérents aux niveaux clinique, organisationnel et systémique. (Brahimi et Lam Wai Shun, 2026) Les membres de la Communauté de pratique en organisation de services en troubles concomitants du CECTC soulignent la nécessité de cohérence entre les objectifs, les mandats et les moyens disponibles.

À la lumière des données probantes, des informations recueillies et de l'expérience de terrain présentées jusqu'ici, les recommandations suivantes visent à améliorer concrètement l'offre de services pour les personnes vivant avec des troubles concomitants, ainsi que les conditions de pratique des intervenants qui les accompagnent. La littérature démontre que l'implantation de soins intégrés en troubles concomitants est associée à une amélioration de la stabilité clinique, à une réduction des hospitalisations répétées et des visites à l'urgence, ainsi qu'à une meilleure continuité des soins. À plus long terme, ces effets contribuent à une utilisation plus efficiente des ressources et à une diminution des coûts pour le système de santé. Dans ce contexte, les recommandations qui suivent visent à soutenir des transformations structurantes à fort impact, tant pour les usagers que pour l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux.

Les années récentes ont permis de développer de manière importante les connaissances, les outils et les capacités en troubles concomitants au Québec. Le

défi actuel réside moins dans l'accès au savoir que dans sa mise en œuvre concrète, cohérente et durable dans l'ensemble des milieux.

Les recommandations qui suivent visent donc à franchir cette étape cruciale : passer d'une logique de diffusion des connaissances à une logique d'implantation systématique des meilleures pratiques à l'échelle du réseau.

6.1 Développer les compétences et harmoniser les pratiques en troubles concomitants

Pour évaluer et traiter efficacement les TC, les intervenants en traitement intégré doivent être formés en psychopathologie, en évaluation et en stratégies de traitement des troubles mentaux et liés à l'usage de substances. Les intervenants en santé mentale doivent approfondir leurs connaissances sur les substances consommées, leur impact sur les personnes ayant des TC, ainsi que les effets à court et à long terme de l'abus et de la dépendance. Ils doivent également maîtriser la terminologie propre aux deux champs, distinguer les différents niveaux d'usage et d'abus, et être en mesure de fournir des services intégrés. (SAMHSA, 2009)

Les données issues du Télémentorat ECHO-TC CHUM du CECTC et des formations ENA démontrent que des modalités d'apprentissage ancrées dans la pratique contribuent significativement à l'augmentation des connaissances, du sentiment d'efficacité personnelle et de la collaboration interprofessionnelle. (Chicoine et al., 2022) Ces initiatives ont permis de rehausser le niveau de connaissances et le sentiment de compétence des intervenants dans l'ensemble du réseau. Toutefois, le transfert de ces connaissances dans les pratiques cliniques demeure variable d'un milieu à l'autre, ce qui souligne l'importance de compléter ces approches par des stratégies structurées d'accompagnement et d'implantation.

Actions :

1. Systématiser l'achèvement de la formation « *Fondement de base en troubles concomitants : un langage commun pour une intervention plus intégrée* » présente sur l'ENA et l'ENA-Partenaire pour l'ensemble des personnes travaillant avec des personnes ayant des TC au Québec (services en santé mentale, services en dépendance, urgence, gériatrie, soins de longue durée, et tout autre département accueillant une clientèle ayant des TC) ainsi que pour les futurs intervenants actuellement en formation ;
 - Cette formation diffusée en novembre 2025 a été créée pour répondre au besoin partagé par les intervenants de développer une compréhension holistique des TC pour mieux collaborer. Elle permet de mieux connaître le concept des TC, de développer un langage commun, de connaître les bonnes pratiques et les interventions à privilégier, et ainsi augmenter les compétences des intervenants.

2. Que le ministère de la Santé et des Services sociaux et Santé Québec pérennisent et reconnaissent dans les orientations le programme de Télémentorat ECHO-TC CHUM comme approche clé de formation continue en TC ;
 - Le programme de formation continue virtuel sur les TC développé et mis en place en 2018 par le CECTC en s'appuyant sur le modèle Extension for Community Healthcare Outcomes (®ECHO), s'adresse à l'ensemble des travailleurs de la santé et des services sociaux du Québec. Celui-ci constitue un modèle de formation continue visant à soutenir le développement des compétences de ces intervenants dans la prise en charge de conditions de santé chroniques et complexes. Le modèle ECHO® repose sur trois théories sociales de l'apprentissage, incluant la Théorie sociale cognitive, la Théorie des communautés de pratique et la Théorie de l'apprentissage situé. Le programme de Télémentorat ECHO-TC CHUM comprend des séances éducatives virtuelles offertes en continu, d'une durée de 90 minutes à chaque deux semaines, guidées par une équipe interprofessionnelle d'experts dans le domaine des TC. La participation au programme s'effectue par l'entremise de visioconférences simultanées, au cours desquelles les intervenants inscrits au programme sont invités à présenter une situation clinique vécue, laquelle faisant ensuite l'objet d'une riche discussion entre pairs et d'une rétroaction personnalisée par l'équipe ressources. Des capsules didactiques portant sur les pratiques exemplaires dans le domaine des TC sont également présentées aux participants, en fonction de leurs besoins d'apprentissage. Ses résultats évaluatifs sont positifs en termes d'augmentation des connaissances et du sentiment d'efficacité personnelle. (CECTC, 2026)
3. Que la participation au Télémentorat ECHO-TC CHUM du CECTC soit inscrite comme priorité institutionnelle pour des personnes clés désignées à titre d'ambassadrices, dans chaque établissement et chaque région du Québec, afin qu'elles puissent, par la suite, assurer de la supervision et du transfert de connaissances auprès de leurs équipes et collègues en matière de TC. 25 % à 50 % du personnel clinique seraient visés ;
4. Que la participation au programme de Télémentorat ECHO-TC CHUM du CECTC soit encouragée pour les intervenants en formation, notamment en encourageant les maîtres de stage participant à accueillir leurs stagiaires dans le cadre de ces sessions, et en favorisant la participation des superviseurs de stage au Télémentorat ECHO-TC CHUM du CECTC afin qu'ils puissent partager leurs expériences et leurs apprentissages directement avec leurs stagiaires ;
5. Que des modalités concrètes soient mises en place afin de permettre aux professionnels de la santé et des services sociaux d'être libérés de leurs

fonctions cliniques pour participer aux activités de formation en TC. La valorisation et la facilitation de la participation aux programmes de codéveloppement professionnel afin de développer des compétences en TC devraient être une responsabilité organisationnelle et des gestionnaires d'équipes.

Ces mesures devraient s'inscrire dans une approche globale visant à assurer non seulement la diffusion des connaissances, mais aussi leur intégration concrète dans les pratiques cliniques.

6.2 Structurer les services de santé de manière adaptée aux personnes vivant avec des troubles concomitants

Afin de mettre en œuvre des services intégrés et de soutenir les changements améliorant la prise en charge des personnes ayant des TC, il est bénéfique d'avoir des comités de pilotage dotés d'une direction forte. À ce jour, les avancées observées reposent encore en grande partie sur des initiatives locales et sur l'engagement des équipes, ce qui entraîne une variabilité importante dans l'implantation des services intégrés entre les organisations et les régions. Une structuration plus explicite des attentes et des standards apparaît donc nécessaire afin d'assurer une mise en œuvre cohérente, équitable et durable à l'échelle provinciale. Ceux-ci permettent cette implémentation à travers des actions, comme l'élaboration d'une charte détaillant une vision commune, des objectifs et des étapes de mise en œuvre ; l'identification et l'atténuation des obstacles aux soins intégrés (p. ex. : politiques, procédures révisées) ; l'organisation de groupes d'apprentissage ; ainsi que l'assistance technique auprès des travailleurs à l'aide de trousseaux d'outils pour l'implémentation de soins pour les personnes ayant des TC. (Minkoff et Covell, 2022)

L'INESSS, dans sa récente veille stratégique par rapport à l'intégration des soins et des services, a relevé qu'il faut s'assurer d'évaluer de manière structurée cette mise en œuvre et ses impacts afin d'en garantir la qualité, la pérennité et la transférabilité. Un processus d'évaluation permet aussi d'instaurer une culture d'ouverture, de transparence et d'amélioration continue, ce qui est essentiel pour partager les responsabilités entre les parties concernées. Avoir une évaluation conçue de manière concertée peut apporter de l'imputabilité et responsabiliser les organisations de manière partagée. Cela permet aussi de guider la mise à l'échelle en documentant les défis, les facilitateurs et les apprentissages issus du terrain. (Brahimi et Lam Wai Shun, 2026)

Les expériences du CECTC à travers son service de soutien-conseil ont permis d'identifier que l'intégration des soins et des services en TC est un processus de transformation à moyen et long terme, nécessitant du temps, du soutien et une culture d'amélioration continue. Un certain nombre de conditions gagnantes ont aussi été dégagées : un langage commun et des valeurs partagées entre les travailleurs des secteurs de santé mentale et de dépendance, et avec la direction ; une collaboration entre les psychiatres, les médecins omnipraticiens, les intervenants psychosociaux et

les gestionnaires d'un même établissement vers une vision commune ; un leadership clinique et administratif engagé via la valorisation des démarches de codéveloppement par les gestionnaires et les cogestionnaires médicaux ; la priorisation des travaux en TC dans le plan d'action général de la direction de chaque établissement ; et des mécanismes formels de coordination des soins et de partage d'information à travers le continuum.

Actions :

1. Qu'un soutien-conseil complet, incluant l'évaluation, l'accompagnement à l'élaboration d'un plan d'action et le suivi de sa mise en œuvre, devienne une démarche obligatoire pour tous les établissements, tout en rendant accessible le processus pour les organismes communautaires qui en manifestent le besoin en leur octroyant aussi des ressources financières adéquates pour assurer leur capacité à se mobiliser dans cette démarche ;
 - Le soutien-conseil soutient, entre autres, le développement de comités de pilotage dans les établissements de santé du Québec afin de les accompagner dans les étapes nécessaires pour implémenter des services intégrés en TC. Ce service a démontré son efficacité pour soutenir les établissements dans la transformation de leurs pratiques. Cet accompagnement, gratuit, s'échelonne sur environ 30 mois et inclut une évaluation pré-post du niveau d'intégration de services en TC, des rencontres d'équipe, des recommandations et des pistes d'action. L'évaluation pré-post utilise les outils *Dual Diagnosis Capability in Addiction Treatment 4.1* (DDCAT) et *Dual Diagnosis Capability in Mental Health Treatment 4.1* (DDCMHT) présentés plus haut. Ces outils sont fiables, valides et sensibles aux changements. (Gotham et al., 2010 ; McGovern et al., 2007) Avec leur utilisation, les programmes de santé mentale et de traitement des dépendances s'améliorent nettement sur une période de 18 mois, tant au niveau de leurs scores que de leur passage d'une prise en charge d'un seul trouble à une prise en charge des deux troubles. (Torrey et al., 2011)
2. Que le modèle de soutien-conseil structuré du CECTC soit reconnu comme modalité de soutien pour l'implantation durable des soins intégrés en TC, et qu'il soit formellement maintenu dans les orientations ministérielles, avec les ressources nécessaires pour assurer ce mandat ;
 - Il a été remarqué à travers les années d'expérience du soutien-conseil au CECTC que les efforts et le temps investis dans un accompagnement ne tiennent pas toujours à travers le temps dû à différents éléments hors du contrôle du CECTC (ex. : les établissements doivent répondre à d'autres priorités du gouvernement et arrêter de travailler sur les TC, un manque de personnel), ce qui entrave l'intégration des services. Des

directives claires partagées aux établissements du Québec permettraient de conserver les acquis réalisés dans le cadre d'un soutien-conseil dans un esprit d'amélioration continue.

3. Qu'un processus d'accompagnement et d'évaluation périodique de l'intégration de services en TC avec le CECTC soit instauré dans chaque établissement tous les cinq ans visant à les rendre progressivement capables d'intervenir auprès des personnes ayant des TC.
4. Que des travaux structurants soient entrepris, en collaboration avec les instances ministérielles, Santé Québec, le CECTC et les autres partenaires concernés, afin d'établir plus clairement les standards de services attendus au Québec en matière de TC. Ces travaux définiraient les composantes essentielles d'une offre de services de qualité, préciseraient les niveaux de services attendus selon les contextes cliniques et organisationnels, et clarifieraient les attentes envers les établissements de santé et de services sociaux quant à l'implantation de ces standards. Une telle démarche contribuerait à réduire la variabilité observée entre les régions et les organisations, tout en soutenant une amélioration continue de l'accès et de la qualité des soins pour les personnes vivant avec des TC.

6.3 Renforcer les orientations spécifiques pour les personnes avec troubles concomitants

Les membres de la Communauté de pratique en organisation de services en troubles concomitants du CECTC ont précisé que les TC doivent entrer dans le langage commun et on ne doit plus séparer les deux sujets, et ce, dans tous les domaines et pas uniquement dans les directions santé mentale et dépendance. La communication est un gros facteur qui pourrait être aidant dans le travail des équipes. En communiquant davantage et en travaillant de manière plus intégrée et coordonnée, des résultats plus optimaux peuvent avoir lieu. Il est nécessaire de collaborer pour avoir des services intégrés en TC et une coordination entre les services dont l'utilisateur a besoin. Un plan d'action interministériel santé mentale, dépendance et itinérance plutôt que trois plans séparés permettrait aussi de mieux intégrer le tout.

Actions :

1. Que les prochaines orientations interministérielles favorisent une meilleure intégration des enjeux de santé mentale, de dépendance et d'itinérance, soit par l'élaboration d'un plan d'action unique et multimodal, soit par le maintien de plans d'action distincts, mais étroitement arrimés. Dans ce second scénario, une attention particulière devrait être portée à la cohérence des orientations, des objectifs et des mesures visant l'intégration des soins et services en santé mentale et en dépendance. Les actions mises de l'avant dans les différents plans devraient être complémentaires et convergentes afin de soutenir une

réponse coordonnée aux besoins complexes des personnes concernées. Quel que soit le scénario retenu, une attention particulière devrait être portée à la préservation de la reconnaissance des membres de l'entourage comme clientèle à part entière, avec les standards de pratique associés, comme prévu dans le PAID actuel ;

2. Que les prochaines orientations favorisent l'implantation de modèles de soins intégrés à l'échelle provinciale, conformément aux données probantes recommandant une prise en charge simultanée des troubles mentaux et des problématiques de dépendance (INESSS, 2016 ; CCSA et CSMC, 2023b) ;
3. Que les prochaines orientations incluent des cibles et des indicateurs spécifiques pour les personnes avec TC, couvrant à la fois les adultes et les jeunes, et que ces indicateurs reflètent fidèlement la réalité clinique de cette clientèle, notamment :
 - a. En privilégiant des indicateurs de performance reflétant la complexité et la continuité des suivis, et non uniquement les volumes de services ;
 - b. En développant, en collaboration avec les acteurs du terrain, une vision plus riche et plus juste des indicateurs de performance, tenant compte de l'intersectorialité et évitant que les mesures actuelles ne désavantagent les intervenants œuvrant auprès des clientèles les plus vulnérables.
4. Que les établissements se dotent d'une politique sur l'intégration des services pour les personnes ayant des TC.

6.4 Augmenter l'accessibilité aux outils pour les travailleurs

La documentation abordant les TC et les sujets connexes est complexe à retrouver de manière efficiente, rendant difficile l'accès aux données probantes et au matériel existant pour les intervenants impactant ainsi les services offerts aux usagers. Cette dispersion engendre également un risque de dédoublement d'efforts et d'utilisation d'outils ne respectant pas les bonnes pratiques.

Actions :

1. Que soit créé un portail numérique centralisé, régulièrement mis à jour, répertoriant en un seul endroit facile d'accès et d'utilisation l'ensemble des outils cliniques, matériel pédagogique, lignes directrices, formations et événements scientifiques portant sur la santé mentale, la dépendance et les TC ;
2. Que soit développé et maintenu un répertoire actualisé des organisations, programmes et organismes offrant des services aux personnes ayant des TC,

à leurs proches ainsi qu'aux intervenants regroupés sur ce même portail et maintenu à jour de façon régulière.

6.5 Lutter contre la stigmatisation et promouvoir l'équité

Afin d'offrir des soins et des services pertinents, efficaces et durables pour une population donnée, un levier essentiel est la coconception. Il est nécessaire d'obtenir l'engagement structuré de l'ensemble des parties prenantes dans le domaine de la santé, des services sociaux, du communautaire, mais aussi de l'éducation et de la justice, entre autres. Les personnes avec expérience vécue ainsi que les membres de leur entourage doivent aussi participer de manière active. Leurs besoins et leur savoir expérientiel doivent être réellement pris en considération afin que les services intégrés soient conçus « avec » elles et non uniquement « pour » elles. Ceci nécessite du temps, d'établir des relations de confiance et d'adapter les méthodes pour joindre les populations vulnérables. (Brahimi et Lam Wai Shun, 2026)

Actions :

1. Que les prochaines orientations incluent des mesures explicites de lutte contre la stigmatisation des personnes vivant avec des TC, tant au sein de la population que dans les systèmes de soins ;
2. Que les services soient adaptés aux réalités spécifiques des populations vulnérables, notamment les jeunes, les personnes des Premières Nations et Inuits, les personnes en situation d'itinérance, les femmes, les personnes immigrantes, les personnes âgées ainsi que les personnes de la diversité sexuelle et de genre (CCSA et CSMC, 2023b) ;
3. Que les prochaines orientations reconnaissent et soutiennent la pair-aidance comme un levier essentiel d'engagement, de rétablissement, de réduction de la stigmatisation et d'amélioration de l'accessibilité des services pour les personnes vivant avec des troubles de santé mentale, de dépendance et de TC, notamment celles issues de populations plus vulnérables. À cette fin, les orientations devraient prévoir les conditions nécessaires à son déploiement à grande échelle au sein des milieux communautaires et du réseau public, incluant la reconnaissance professionnelle du rôle des pairs aidants, le développement de parcours de formation adaptés, le soutien à l'intégration et à la supervision de ces ressources au sein des équipes, ainsi que la mise en place de mécanismes organisationnels et financiers favorisant leur participation durable aux services.

7. Conditions de succès et attentes à l'égard des prochaines orientations

Au cours des dernières années, le Québec a franchi des étapes importantes en matière de troubles concomitants. Le développement du Centre d'expertise et de collaboration en troubles concomitants (CECTC), ainsi que la mobilisation de ses partenaires, ont contribué à accompagner de nombreuses organisations dans la transformation de leurs services, à renforcer les compétences de centaines de cliniciens et à faire évoluer progressivement la culture clinique et organisationnelle en matière de concomitance. Ces avancées constituent des acquis significatifs pour le réseau de la santé et des services sociaux. Elles démontrent que les leviers permettant d'améliorer l'intégration des services en santé mentale et en dépendance sont désormais bien identifiés et en partie déployés dans plusieurs milieux.

Dans ce contexte, le défi actuel ne réside plus dans l'identification des besoins ou dans la démonstration de la pertinence des approches intégrées, mais plutôt dans leur mise en œuvre de manière systématique, cohérente et durable à l'échelle du réseau.

À ce jour, l'implantation des meilleures pratiques en troubles concomitants demeure variable d'une organisation à l'autre et dépend encore, dans plusieurs cas, d'initiatives locales ou de l'engagement des équipes. Cette variabilité limite l'accès équitable à des soins et services intégrés et souligne la nécessité de structurer davantage les attentes, les standards et les mécanismes de soutien à l'échelle provinciale.

La consolidation des acquis repose ainsi sur plusieurs conditions essentielles. D'abord, une gouvernance claire et intégrée est nécessaire afin de soutenir la cohérence entre les orientations nationales et leur mise en œuvre dans les organisations. Dans le contexte actuel de transformation du réseau, notamment avec la mise en place de Santé Québec, il apparaît particulièrement important de positionner les troubles concomitants comme une priorité structurante de l'organisation des services. Ensuite, l'intégration des services en troubles concomitants doit être reconnue comme un processus de transformation organisationnelle qui s'inscrit dans le temps. Les expériences récentes montrent que ces changements nécessitent un accompagnement soutenu, des ressources dédiées et une vision à moyen et long terme.

Dans cette perspective, le maintien et le renforcement des dispositifs de soutien existants représentent des leviers essentiels. Les initiatives de formation, de télémentorat, de transfert des connaissances et d'accompagnement organisationnel, dont celles offertes par le CECTC, ont démontré leur pertinence et leur impact. Elles doivent être consolidées et intégrées dans une stratégie globale visant à soutenir l'implantation des meilleures pratiques. Il apparaît également essentiel de franchir une étape supplémentaire en passant d'une logique principalement centrée sur le développement des connaissances à une approche structurée soutenant activement

leur mise en œuvre dans les pratiques cliniques et organisationnelles. Cela implique de mettre en place des mécanismes permettant d'assurer que les connaissances acquises se traduisent concrètement dans l'offre de services.

À cet effet, plusieurs leviers apparaissent déterminants :

- la clarification des attentes envers les organisations en matière d'offre de services en troubles concomitants ;
- la définition de standards provinciaux favorisant une plus grande cohérence des pratiques ;
- la mise en place de mécanismes d'accompagnement systématiques pour soutenir les établissements dans la transformation de leurs services ;
- le développement structuré et continu des compétences des cliniciens, soutenu par des modalités permettant une participation réelle à ces activités ;
- l'instauration de mécanismes de suivi, d'évaluation et de reddition de comptes favorisant l'amélioration continue.

Dans cette optique, les troubles concomitants ne doivent plus reposer uniquement sur le bon vouloir des individus ou sur les priorités locales, mais être pleinement intégrés dans une démarche structurée et soutenue d'amélioration de la qualité des soins et des services.

Les orientations ministérielles à venir représentent une occasion stratégique de consolider les avancées réalisées et de soutenir leur déploiement à plus grande échelle. En s'appuyant sur les acquis des dernières années et en renforçant les mécanismes de mise en œuvre, le réseau sera mieux outillé pour répondre de manière cohérente et équitable aux besoins des personnes vivant avec des troubles concomitants. À défaut de poursuivre ces efforts de consolidation et de structuration, le réseau risquerait de maintenir des variations importantes dans l'accès et la qualité des services, malgré les progrès significatifs déjà réalisés.

Les choix qui seront faits dans le cadre des prochaines orientations auront donc des répercussions durables sur la capacité du réseau à transformer les pratiques et à offrir des services pleinement intégrés, adaptés aux besoins complexes de la population.

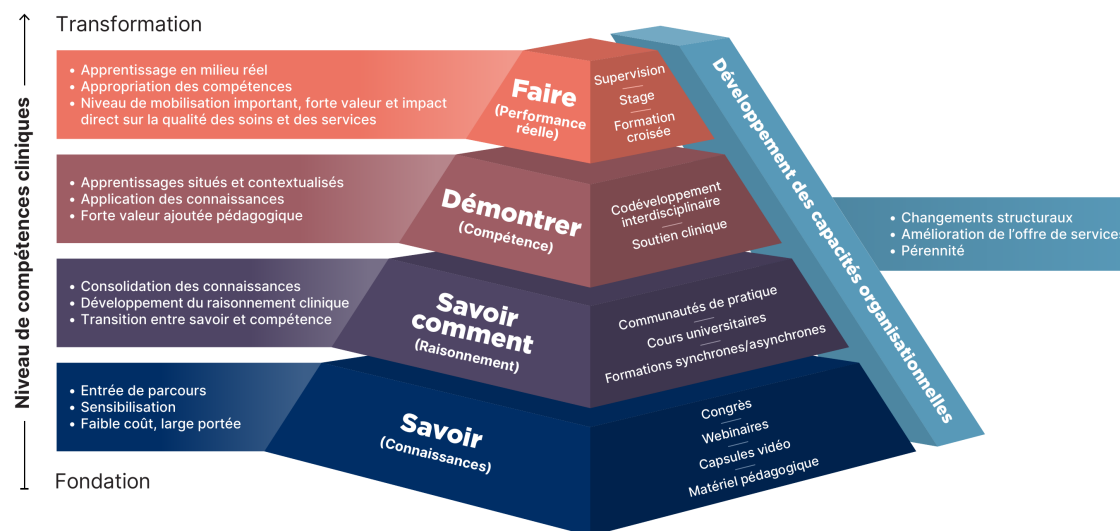
8. Conclusion

Le Centre d'expertise et de collaboration en troubles concomitants (CECTC) souhaite remercier le ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'opportunité offerte de contribuer à cette consultation nationale. Cette démarche représente une occasion essentielle de partager les constats issus du terrain, de valoriser les savoirs issus de la pratique ainsi que les données probantes, et de participer activement à l'amélioration des soins et services destinés aux personnes vivant avec des troubles concomitants. Nous soulignons également l'importance de cette initiative, qui témoigne d'une volonté de repenser de manière intégrée les enjeux de santé mentale et de dépendance au Québec. Nous espérons que les réflexions et recommandations présentées dans ce mémoire pourront contribuer à l'élaboration d'orientations structurantes, durables et adaptées aux besoins des personnes concernées ainsi qu'aux réalités des équipes qui les accompagnent.

Enfin, nous demeurons disponibles pour poursuivre les échanges et collaborer aux travaux futurs visant l'amélioration des services en troubles concomitants à l'échelle du Québec.

9. Panier de services en troubles concomitants pour les organisations

Soutien à l'intégration des services pour les personnes vivant avec des troubles concomitants



Inspiré de la pyramide de Miller

Services existants selon le niveau de compétences

Savoir	Savoir comment	Démontrer	Faire	Développement des capacités organisationnelles
- Affiches troubles concomitants 101 et 102 (CECTC) - Résumés illustrés (CECTC) - Usage de cannabis pour personnes hospitalisées en psychiatrie - Stratégies d'intervention auprès de personnes ayant un TC faisant la porte tournante à l'hôpital - Consommation de boissons énergisantes chez les personnes ayant des TC - Réduction des méfaits en contexte d'hospitalisation - Matériel sur les Recommandations pour l'usage du cannabis à moindre risque dans le cas de psychoses - Avis-scientifiques sur les TC (CECTC) - Affiches et fiches numériques (AIDQ) - Principales causes des troubles concomitants - Les approches d'intervention	- Capsules pédagogiques du Télémentorat ECHO-TC CHUM (CECTC) - Capsules vidéo Ballotement entre les services (AIDQ) - Capsule clinique Dépendance et troubles concomitants (IUD) - Midi-conférence asynchrone Regards croisés sur les conceptions de rétablissement en santé mentale et en dépendance (IUD) - Webinaire asynchrone Usage du cannabis à moindre risque dans le contexte de psychoses : clés d'intervention (ESCODI) - Divers webinaires synchrones touchants parfois les TC (AIDQ) - Activité scientifique annuelle (CECTC) - Journée annuelle sur les troubles concomitants (AIDQ)	- Formation <i>Fondement en troubles concomitants : un langage commun pour une intervention plus intégrée</i> (CECTC) - Formation <i>Perspective sur la santé mentale et la consommation de cannabis chez les jeunes de 12 à 25 ans</i> (Formation croisée Michel Perreault) - Formation <i>Perspective sur les jeunes adultes, leur santé mentale et leur consommation. Survol dans le contexte de la pandémie COVID-19</i> (Formation croisée Michel Perreault) - Formation <i>Troubles liés à l'utilisation d'opioïdes : santé mentale, douleur et autres problèmes associés</i> (Formation croisée Michel Perreault) - Formation synchrone <i>Troubles concomitants</i> (module complémentaire à la formation ARDO pour les CRD) (IUD) - Communauté de pratique en organisation de services en troubles concomitants (CECTC) - Point de rencontre TC (AIDQ)	- Télémentorat ECHO-TC CHUM adulte et jeunesse (CECTC) - Projet TACOS (Toxicomanie, Accompagnement, Concomitance, Organisation et Soutien) (CHUM)	- Supervision clinique locale - Stage et supervision avancés en troubles concomitants (CHUM)
			- Supervision clinique locale - Stage et supervision avancés en troubles concomitants (CHUM)	- Soutien-conseil (CECTC) - Évaluation pré-post validée, accompagnement et suivi

10. Références

- Adlaf EM, Begin P, Sawka E. (2005). Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) : Une enquête sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens - La prévalence de l'usage et les méfaits (Rapport détaillé). Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS).
- Association des intervenant·es en dépendance du Québec (AIDQ). (2026). Constats et recommandations du Projet Troubles concomitants de l'AIDQ, en lien avec la consultation du MSSS sur la santé mentale, l'itinérance et la dépendance.
- Brahimi L, Lam Wai Shun P. (2026). L'intégration des soins et services au bénéfice des populations en situation de vulnérabilité. Bulletin de veille stratégique n° 21. Québec, Qc : INESSS.
- Bartels SJ, Teague GB, Drake RE, Clark RE, Bush PW, Noordsy DL. (1993). Substance abuse in schizophrenia: Service utilization and costs. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 227-232.
- Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCSA) et Commission de la santé mentale du Canada (CSMC). (2023b). *Integrated Mental Health, Substance Use and Concurrent Disorder Service Delivery*. Ottawa, ON. ISBN 978-1-77871-090-2. Repris de : <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2023-07/integrated-mental-health-substance-use-and-concurrent-disorder-service-delivery-en.pdf>
- Centre d'expertise et de collaboration en troubles concomitants (CECTC). (2025). Rapport annuel 2024-2025. RUISSS de l'Université de Montréal – CHUM. [Document interne]
- Centre d'expertise et de collaboration en troubles concomitants (CECTC). (2026). Rapport annuel 2025-2026. RUISSS de l'Université de Montréal – CHUM. [Document interne]
- Chicoine G, Côté J, Pepin J, et al. (2022). Experiences and perceptions of nurses participating in an interprofessional, videoconference-based educational programme on concurrent mental health and substance use disorders: a qualitative study. *BMC Nurs*, 2022: 21; 177. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00943-w>
- Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) et Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS). (2023a). *Vers l'intégration des services de santé mentale, de dépendance et de troubles concomitants : constats tirés d'une revue exploratoire*. Ottawa, ON. Repris de : <https://commissionsantementale.ca/wp-content/uploads/2023/11/Vers-lintegration-des-services-de-sante-mentale-de-dependance-et-de-troubles-concomitants.pdf>
- Commission de la santé mentale du Canada (CSMC), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS) et Association communautaire d'entraide par les pairs contre les addictions (ACEPA). (2023). *Rapport sommaire : Expérience et expertise des personnes ayant un savoir passé et présent sur l'intégration des services de santé mentale et de santé liée à l'usage de substances au Canada*. Ottawa, ON. ISBN 978-1-77318-316-9. Repris de : <https://commissionsantementale.ca/wp-content/uploads/2023/08/ACEPA-RapportSommaire-FR.pdf>

- Dickey B, Azeni H, (1996). Persons with dual diagnoses of substance abuse and major mental illness: Their excess costs of psychiatric care. *American Journal of Public Health*, 86, 973-977.
- Dixon LB, Dickerson F, Bellack AS, Bennett M, Dickinson D, Goldberg RW, ... Kreyenbuhl J. (2010). The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements. *Schizophrenia Bulletin*, 36, 48–70.
- Drake RE, Bond GR. (2010). Implementing Integrated Mental Health and Substance Abuse Services. *Journal of Dual Diagnosis*, 6:3, 251-262.
- Drake RE, Mueser KT, Clark RE, Wallach MA. (1996). The course, treatment, and outcome of substance disorder in persons with severe mental illness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66, 42-51
- Drake RE, O'Neal EL, Wallach MA. (2008). A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34, 123–138.
- Fleury MJ, Grenier G, Bamvita JM, Caron J. (2015). Profiles Associated Respectively with Substance Dependence Only, Mental Disorders Only and Co-occurring Disorders. *Psychiatric Quarterly*, 86(3), 355-371. <https://doi.org/10.1007/s11126-014-9335-1>
- Garrod E, Jenkins E, Currie LM, McGuinness L, Bonnie K. (2020). Leveraging Nurses to Improve Care for Patients with Concurrent Disorders in Inpatient Mental Health Settings: A Scoping Review. *Journal of Dual Diagnosis*, 16(3), 357–372. <https://doi.org/10.1080/15504263.2020.1752963>
- Glover-Wright C, Coupe K, Campbell AC, Keen C, Lawrence P, Kinner SA, Young JT. (2023). Health outcomes and service use patterns associated with co-located outpatient mental health care and alcohol and other drug specialist treatment: A systematic review. *Drug Alcohol Rev.* 2023 Jul;42(5):1195-1219. doi: 10.1111/dar.13651. Epub 2023 Apr 4. PMID: 37015828; PMCID: PMC10946517.
- Gotham HJ, Claus RE, Selig K, Homer AL. (2010). Increasing program capabilities to provide treatment for co-occurring substance use and mental disorders: Organizational characteristics. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32(2), 160–169.
- Gouvernement du Québec. (2015). Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales. L.Q. 2015, c. 1.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2016). Modèles de dispensation des soins et services aux personnes présentant des troubles concomitants de santé mentale et de dépendance. Québec : INESSS.
- Khan S. (2017). Rapports sur la santé : Troubles concomitants de santé mentale et de consommation d'alcool ou de drogues au Canada. Statistique Canada. <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2017008/article/54853-fra.pdf>
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2001). Rapport sur la santé dans le monde 2001 – La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs. Genève : OMS.

- McGovern MP, Matzkin AL, Girard JA. (2007). Assessing the dual diagnosis capability of addiction treatment services: The Dual Diagnosis Capability in Addiction Treatment (DDCAT) Index. *Journal of Dual Diagnosis*, 3, 111–123.
- Ménard JM, Provost Gervais C. (2024). Recommandations pour une meilleure intégration des troubles concomitants dans les équipes de suivi dans la communauté. CECTC
- Minkoff K, Covell NH. (2022). Recommendations for Integrated Systems and Services for People With Co-occurring Mental Health and Substance Use Conditions. *Psychiatric Services*, 73:6, 686-689.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). (2022). S'unir pour un mieux-être collectif : Plan d'action interministériel en santé mentale 2022–2026 (PAISM). Action 7.2.
- Mueser KT, Noordsy DL, Drake RE, Fox L. (2001). Troubles mentaux graves et abus de substances : composantes efficaces de programmes de traitements intégrés à l'intention des personnes présentant une comorbidité. *Santé mentale au Québec*, 26(2): 22–46.
- NICE. (2016). Coexisting severe mental illness and substance misuse: Community health and social care services. (NG58). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng58>
- Shojania K, Grimshaw J. (2005). Evidence-based quality improvement: The state of the science. *Health Affairs*, 24, 138–150.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2009). Integrated Treatment for Co-Occurring Disorders: Building Your Program. DHHS Pub. No. SMA-08-4366, Rockville, MD: Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Dual Diagnosis Capability in Mental Health Treatment Toolkit Version 4.0. HHS Publication No. SMA-XX-XXXX, Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2011. Traduction libre.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2020). No. PEP20-02-01-004. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2020. Page 24
- Torrey WC, Tepper M, Greenwold J. (2011). Implementing Integrated Services for Adults With Co-occurring Substance Use Disorders and Psychiatric Illnesses: A Research Review. *Journal of Dual Diagnosis*, 7:3, 150-161.
- Ziedonis DM, Smelson D, Rosenthal RN, Batki S, Green AI, Henry RJ, ... Weiss RD. (2005). Improving the care of individuals with schizophrenia and substance use disorders: Consensus recommendations. *Journal of Psychiatric Practice*, 11, 315–339.