

MÉMOIRE DÉPOSÉ AU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

**DANS LE CADRE DES CONSULTATIONS NATIONALES SUR LES PROCHAINES ORIENTATIONS
INTITULÉES**

**VERS UNE VISION RENOUVELÉE, INTÉGRÉE ET COHÉRENTE EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE,
ITINÉRANCE ET DÉPENDANCE**

Auteure principale

Isabelle St-Pierre, inf Ph.D., professeure
(isabelle.a.st-pierre@uqo.ca)

Personnes co-auteurs

Myriam Clément, inf Ph.D., professeure
Pierre Pariseau-Legault, inf. Ph.D., professeur
Isabelle Savard, IPSPL, Ph.D., professeure
Dominique Therrien, inf Ph.D., professeur

Juin 2026

Les signataires de ce mémoire acceptent que ce mémoire soit public

Table des matières

Table des matières	2
Abréviations	3
Introduction	4
1. Présentation de l'organisation et des signataires	4
1.1 Organisation	4
1.2 Personnes signataires	4
1.3 Démarches réalisées pour la rédaction du mémoire	6
2. Principaux constats sur la situation de la santé mentale, l'itinérance et la dépendance au Québec	7
2.1 Constats généraux	7
2.2 Lignes directrices et continuum de soins	10
2.3 Dépistage et évaluation	11
2.4 Accès aux services et continuité des soins	12
2.5 Processus de rétablissement et prévention de la rechute	14
3. Enjeux, défis et problèmes observés à propos des orientations actuelles des plans d'action	15
3.1 PAISM 2022-2026	16
3.2 PAID 2018-2028	16
3.3 PAII 2021-2026	16
4. Recommandations sur les pistes de solution à envisager	17
4.1 Lignes directrices et continuum de soins	17
4.2 Dépistage et évaluation	17
4.3 Accès aux services et continuité des soins	20
4.4 Processus de rétablissement	22
4.5 Rehaussement des rôle infirmiers	23
5. Réflexions sur l'intégration des services en santé mentale, en dépendance et en itinérance ..	25
5.1 Recommandations pour une prise en charge intégrée	28
Conclusion	29
Références	30

Abréviations

CCDUS : Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances

CISSS : Centre intégré de santé et de services sociaux

CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

INESSS : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

INSPQ : Institut national de santé publique du Québec

MSSS : Ministère de la santé et des services sociaux

OIIQ : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

PAID : Plan d'action interministériel en dépendance

PAII : Plan d'action interministériel en itinérance

PAISM : Plan d'action interministériel en santé mentale

SIM : Suivi intensif dans le milieu

SIV : Soutien d'intensité variable

TSM : Troubles de santé mentale

TUS : Troubles de l'usage de substances

UQO : Université du Québec en Outaouais

Introduction

Les problématiques liées à la santé mentale, la dépendance et l'itinérance sont hétérogènes et multifactorielles, ce qui augmente leur complexité. Ces enjeux sont également multiples et ne peuvent malheureusement être présentés et discutés en un seul document. C'est pourquoi les constats, préoccupations, enjeux et recommandations présentés dans ce mémoire ciblent uniquement la population adulte de 18 ans et plus présentant un trouble concomitant (santé mentale et usage de substances) et faisant face à plusieurs vulnérabilités sur le plan des déterminants sociaux de la santé (p. ex. : itinérance, problèmes financiers, insécurité alimentaire, isolement social, sans emploi). Plusieurs éléments ciblant les services offerts, l'intégration des services, l'indispensable apport des organismes communautaires, le suivi à long terme, mais également la prévention et le rétablissement de ces personnes seront abordés.

1. Présentation de l'organisation et des signataires

1.1 Organisation

L'Université du Québec en Outaouais (UQO) est implantée dans trois régions québécoises. Son campus principal est situé en Outaouais, à Gatineau, quatrième ville en importance au Québec. Le campus de Ripon est également situé en Outaouais. Un autre campus se situe à Saint-Jérôme, dans les Laurentides. Cette université accueille annuellement plus de 7000 étudiants et étudiantes. Le département des sciences infirmières se déploie sur les campus de Gatineau et de Saint-Jérôme et est constitué de 31 professeurs.es et plus de 372 personnes chargées de cours. Ce département offre plusieurs programmes dans les trois cycles d'études (baccalauréat, maîtrise, doctorat) et il est le seul à offrir les cinq programmes de formation des infirmières praticiennes spécialisées disponibles au Québec (première ligne, santé mentale, soins aux adultes, soins pédiatriques et néonatalogie). L'UQO fait également partie des universités impliquées dans l'élaboration d'un projet de programme de médecine qui serait offert dans le réseau des Universités du Québec.

1.2 Personnes signataires

Toutes les personnes signataires de ce mémoire sont professeurs.es au département des sciences infirmières de l'UQO et possèdent toutes une ou plusieurs expertises en santé mentale, en

dépendance, en itinérance ou auprès des personnes en situation de vulnérabilité vivant des inégalités sociales de santé.

Isabelle St-Pierre, inf. Ph.D., est infirmière clinicienne et détentricrice d'un doctorat en sciences biomédicales. Elle est professeure agrégée depuis 2021. Son projet de doctorat portait sur les trajectoires de soins et de services des personnes présentant un trouble concomitant (santé mentale et dépendance) et sa perspective syndémique (influence des déterminants sociaux de la santé sur l'évolution du trouble concomitant). Ses intérêts et projets de recherche se divisent en trois volets : 1) Les trajectoires de soins et de services en santé mentale et dépendance, notamment les trajectoires dans les services d'urgence, les services de 1^{ère} ligne et en communauté, et les moyens pour améliorer la continuité des soins entre ces différents services ; 2) La perspective syndémique du trouble concomitant, c'est-à-dire les relations dynamiques entre les troubles de santé mentale et les troubles de l'usage d'une substance, l'influence des déterminants sociaux et inégalités sociales en santé qui y sont associés, dont l'itinérance; 3) Le rôle de la profession infirmière et les possibilités de rehaussement de ce rôle pour une pleine occupation du champ d'exercice dans ces domaines.

Myriam Clément, inf. Ph.D., est infirmière clinicienne, possédant une dizaine d'année d'expérience clinique en psychiatrie adulte et en clinique d'intervention précoce et de proximité pour jeunes adultes vivant un premier épisode psychotique. Elle est professeure régulière depuis 2023. Elle détient un doctorat en santé publique et en promotion de la santé de l'Université de Montréal, lors duquel elle s'est spécialisée dans la prévention de la transmission intergénérationnelle des problèmes de santé mentale, dans une approche sensible aux inégalités sociales de la santé. Ses travaux de recherche actuels portent sur le rôle de la cohésion sociale dans l'émergence des problèmes de santé mentale. Elle enseigne notamment un cours sur la justice sociale et ses enjeux pour la pratique infirmière, ainsi qu'un stage clinique en santé mentale communautaire.

Pierre Pariseau-Legault, inf. Ph.D., est professeur titulaire depuis 2013 et codirecteur scientifique du Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS). Il possède une expertise en soins infirmiers médico-légaux et s'intéresse également à la judiciarisation des problèmes sociaux. Ses recherches portent sur la

conscience juridique, la dérogation aux normes, la gestion des risques et la mise en oeuvre du droit auprès des personnes en besoin de protection. Il enseigne la psychiatrie, l'intervention en situation de crise et l'éthique clinique aux futures infirmières praticiennes spécialisées.

Isabelle Savard, IPSPL, Ph.D., est infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSPL) et professeure agrégée depuis 2018. Après sa formation de deuxième cycle pour devenir IPSPL (M.Sc. et DESS), elle a complété une maîtrise en santé publique à la *London School of Hygiene and Tropical Medicine* de l'Université de Londres en 2019, où son projet portait sur la crise des opioïdes. Elle détient un doctorat (PhD) de l'Université McGill, dans lequel elle s'est intéressée à la valeur ajoutée des IPSPL pour les personnes en situation de vulnérabilité. Elle est chercheuse régulière à l'Institut Universitaire en Première Ligne en Santé et en Services Sociaux (IUPLSSS) et ses projets de recherche s'intéressent notamment à l'accès aux services et à la qualité des soins offerts aux personnes en situation de vulnérabilité, incluant les personnes vivant avec un trouble de santé mentale, une dépendance ou un trouble concomitant.

Dominique Therrien, inf. Ph.D., est professeur agrégé depuis 2015, infirmier clinicien en santé mentale communautaire et chercheur anthropologue intéressé par l'autoformation et le soutien à l'apprentissage en santé. Il détient un doctorat en sciences de l'éducation et a rédigé sa thèse doctorale au sujet de projets d'autoformation que des travailleurs en rétablissement d'un trouble mental grave ont mis de l'avant avec succès pour concilier travail et santé. Il poursuit ses recherches sur le développement de la littératie en santé mentale, l'adaptation culturelle des programmes d'aide de proximité (premiers soins en santé mentale) et milite au sein de la Coalition Communic'Action en vue d'une plus grande accessibilité des soins et de l'éducation en santé dans les groupes de population marginalisés (personnes ayant une faible littératie, communauté Sourde).

1.3 Démarches réalisées pour la rédaction du mémoire

Ce mémoire a été rédigé à partir de plusieurs résultats de recherche provenant de différents projets de recherche, articles scientifiques et expériences terrain des personnes auteures. L'auteure principale a rédigé la première version du mémoire. La révision et bonification du document ont été réalisées de manière itérative en collaboration avec les personnes co-auteures. L'auteure principale

a ensuite procédé à la rédaction de la version finale et celle-ci a été approuvée par toutes les personnes co-auteurs.

2. Principaux constats sur la situation de la santé mentale, l’itinérance et la dépendance au Québec

2.1 Constats généraux

En 2021, la prévalence des troubles de santé mentale (TSM) au cours de la dernière année était estimée à environ 20 % (Statistique Canada, 2022). Toutefois, Statistique Canada souligne que ce chiffre pourrait être sous-estimé, puisque les enquêtes ne couvrent ni l’ensemble des troubles mentaux ni l’ensemble de la population (Statistique Canada, 2023). Selon l’Enquête sur la santé mentale et l’accès aux soins de Statistique Canada (2023), la prévalence des troubles d’anxiété généralisée a doublé entre 2012 et 2022, passant de 2,6 % à 5,2 % alors que la prévalence des épisodes dépressifs majeurs a augmenté, passant de 4,7 % à 7,6 %. Par ailleurs, les données de l’Enquête québécoise sur la santé de la population 2020-2021 montrent une hausse de la consommation de substances psychoactives, excluant l’alcool, chez les Québécois. La proportion de personnes ayant consommé au moins une de ces substances au cours des 12 derniers mois est passée de 13 % en 2008 à 19 % en 2020 (Institut de la statistique du Québec, 2023). La consommation abusive d’alcool a également connu une augmentation importante, passant de 18 % à 27 % entre 2000 et 2018 (Statistique Canada, 2019). Concernant le cannabis, environ 23 % des consommateurs déclarent en faire un usage régulier et 17 % en consommer quotidiennement. Enfin, toujours selon l’Enquête québécoise sur la santé de la population, 4,3 % des Québécois âgés de 15 ans et plus ont consommé des substances autres que le cannabis, telles que la cocaïne ou le crack, l’ecstasy, les méthamphétamines, les amphétamines, les hallucinogènes, le GHB ou l’héroïne (Institut de la statistique du Québec, 2023). Ces habitudes de consommation constituent des facteurs de risque significatifs pour le développement d’un trouble de l’usage de substances (TUS) (Institut de la statistique du Québec, 2025). D’ailleurs, la plus récente enquête québécoise sur la prévalence des TUS indique que 6,6 % des personnes âgées de 12 ans et plus présentaient un TUS en 2015-2016, toutes substances confondues, incluant l’alcool et les drogues (Huynh et al., 2019).

Le trouble concomitant, qui réfère à la présence simultanée d’au moins un TSM et un TUS, représente maintenant beaucoup plus la règle que l’exception (Hunt et al., 2018; Huynh et al., 2020).

Les études épidémiologiques situent la prévalence du trouble concomitant entre 30 % et 50 % dans les populations incarcérées ou utilisant les services de santé et services sociaux (Butler et al., 2022; Hunt et al., 2018; Huynh et al., 2020). Il est important de mentionner que ces données incluent seulement les personnes ayant reçu un diagnostic formel et ne tiennent pas compte des personnes pouvant présenter plusieurs critères se rapportant à un TSM ou un TUS, mais sans avoir reçu un diagnostic. En incluant cette population dite subclinique, la prévalence serait possiblement beaucoup plus élevée. De nombreux facteurs psychosociaux associé à des vulnérabilités sont particulièrement prévalents chez les personnes vivant avec un trouble concomitant, notamment l'isolement social (Huynh et al., 2016), l'instabilité financière (Khan, 2017), l'itinérance (Huynh et al., 2016; Chikwava et al., 2024) ainsi que les problématiques liées au système judiciaire (Jegede et al., 2022). Ces difficultés multidimensionnelles se traduisent sur le plan clinique par une détresse psychologique accrue (Khan, 2017), une augmentation des comportements suicidaires (Carra et al., 2014) et une diminution plus importante de la qualité de vie (Wittenberg et al., 2021). À plus long terme, les personnes présentant un trouble concomitant présentent un taux de mortalité environ six fois supérieur à celui des personnes vivant uniquement avec un TSM, notamment en raison d'un risque accru de décès par suicide (Ayano, 2019; Heiberg et al., 2018). Les troubles concomitants figurent également parmi les problématiques de santé les plus coûteuses au Canada. Cette réalité s'explique notamment par l'importance des dépenses liées aux soins et services de santé ainsi qu'aux interventions judiciaires fréquemment nécessaires pour cette population (MSSS, 2015). À titre d'exemple, en 2012, les coûts annuels des soins de santé par personne étaient estimés à 5 100 \$ pour un TSM, à 6 500 \$ pour un TUS et à 10 900 \$ pour un trouble concomitant (Graham et al., 2017).

La prise en charge des personnes présentant un trouble concomitant constitue un défi depuis plus de quarante ans et demeure encore aujourd'hui une problématique importante (Commission de la santé mentale du Canada et Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances [CCDUS], 2023; Fantuzzi et Mezzina, 2020). Bien que plusieurs services en santé mentale et en dépendance soient offerts, divers enjeux continuent de limiter leur accessibilité. Le Mécanisme d'accès en santé mentale (MSSS, 2022a) représente la principale porte d'entrée vers les services de première et de deuxième ligne en santé mentale et en dépendance. Toutefois, lorsque les personnes présentent des besoins complexes et simultanés, notamment en santé mentale, en dépendance et en santé physique, ceux-ci sont généralement évalués et pris en charge séparément,

soit de manière séquentielle (un besoin après l'autre), soit en parallèle par différentes équipes, plutôt que dans le cadre d'une intervention intégrée (Roy et al., 2019). Les personnes ayant recours à ces services rapportent fréquemment plusieurs difficultés, tels que des délais d'attente importants, l'obligation de répéter leur histoire et leurs besoins à différents intervenants, ainsi que la difficulté d'obtenir une réponse globale et coordonnée à leur situation (Glowacki et al., 2022; Zhao et Mathis, 2024). En conséquence, les personnes présentant un trouble concomitant se retrouvent souvent suivies par plusieurs équipes cliniques et organisations distinctes, qu'il s'agisse des services en santé mentale, en dépendance, en itinérance ou les services psychosociaux.

Les services d'urgence constituent alors fréquemment un filet de sécurité pour les personnes présentant un trouble concomitant (Armoon et al., 2023). Comparativement aux personnes présentant uniquement un TSM ou un TUS, celles ayant un trouble concomitant consultent les services d'urgence de deux à cinq fois plus souvent (Fleury et al., 2019; Graham et al., 2017). Elles présentent également des taux d'hospitalisation plus élevés (2-5 fois supérieurs), ainsi qu'un risque accru de réadmission pouvant atteindre 1,5 fois celui des autres groupes (Fleury et al., 2019). En conséquence, ces personnes sont souvent considérées comme de grands utilisateurs des services d'urgence, soit quatre visites ou plus par année (Armoon et al., 2023; Graham et al., 2017; Orisatoki et al., 2017). Selon une étude menée par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) (2025), les grands utilisateurs représentaient environ 8,1 % des usagers des services d'urgence au Québec en 2022-2023, mais comptabilisaient 26,1 % de l'ensemble des visites, avec une moyenne de 5,6 visites par personne. Une autre étude récente rapportait que cette proportion atteignait près de 10 % et que près de la moitié des visites étaient associées simultanément à un problème de santé mentale et à l'utilisation de substances (Institut canadien d'information sur la santé, 2021). Pour les personnes présentant un TSM, les services d'urgence sont souvent perçus comme la seule option permettant d'obtenir des soins rapidement (Digel Vandyk et al., 2018; Wise-Harris et al., 2017). Des audits de performance réalisés au Québec ont mis en évidence la fréquence des visites à l'urgence malgré la présence d'un médecin de famille au dossier, ainsi que les difficultés d'accès à la médication (MSSS, 2020, 2023a). Ces réadmissions répétées sont principalement associées à des ruptures dans la continuité des soins, à des obstacles d'accès aux services ou aux traitements pharmacologiques prescrits, ainsi qu'à l'absence de ressources communautaires disponibles au moment opportun (Dion et al., 2024; Wise-Harris et al., 2017).

Enfin, la proportion de personnes en situation d'itinérance chronique qui présentent un trouble concomitant est particulièrement élevée au Canada, soit 47 % (Burke et al., 2023; Chilman et al., 2025; Gouvernement du Canada, 2024; Helm et al., 2024; Polcin, 2016). Le phénomène de l'itinérance est en hausse constante au Québec depuis 2018, avec une hausse de 8 % annuellement (Ministère de la santé et des services sociaux [MSSS], 2026). L'exercice de dénombrement 2025 du nombre de personnes en situation d'itinérance visible estime à 12 077 personnes dans cette situation, une hausse de 20 % par rapport à l'exercice de dénombrement de 2022 (MSSS, 2026). Certaines régions telles que l'Abitibi-Témiscamingue et les Laurentides présentent les plus grandes hausses avec respectivement 19,1 % et 73,7 % (MSSS, 2026). Ces résultats illustrent seulement l'itinérance visible, mais ne permettent pas d'estimer la prévalence de l'itinérance cachée. Plusieurs facteurs influencent l'augmentation de la prévalence de l'itinérance. Les troubles de santé mentale, de l'usage de substance et les troubles concomitants sont au nombre de ces facteurs, qui sont également une conséquence bien documentée du passage à la rue.

2.2 Lignes directrices et continuum de soins

Depuis quelques années, les plans d'action gouvernementaux québécois privilégient le développement d'un continuum intégré de soins et de services (MSSS, 2022b), incluant les trois lignes de services ainsi que les services de proximité. Le MSSS encourage ainsi les établissements de santé à s'appuyer sur ce continuum afin d'adapter leurs trajectoires de soins aux réalités territoriales et aux besoins de leur population. Dans cette perspective, le MSSS a publié en 2023 le cadre de référence *Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité*, dont l'objectif est « d'adapter les soins de santé et les services sociaux aux besoins de la population et de porter une vision globale et intégrée sur les services de proximité dans une optique d'utilisation judicieuse des ressources » (MSSS, 2023b, p. 1). À la suite d'une recension de la littérature, plusieurs documents sont disponibles pour offrir des balises afin de soutenir les établissements dans l'élaboration et l'implantation de trajectoires de soins en santé mentale (Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux [CIUSSS] du Nord-de-l'Île-de-Montréal, 2019; MSSS, 2021a; Unité de soutien SSA Québec, 2022), en dépendance (Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance, 2026) et en itinérance (Hurtubise et al., 2021).

Toutefois, la littérature demeure très limitée en ce qui concerne les trajectoires de soins destinées aux personnes présentant un trouble concomitant. Une recension des écrits réalisée par la Commission de la santé mentale du Canada et le CCDUS (2023) met en lumière plusieurs enjeux dans l'élaboration de trajectoires pour cette population, notamment :

- la nécessité de mettre en place des trajectoires de soins claires afin d'assurer des soins optimaux;
- les limites observées dans l'intégration entre les services communautaires en santé mentale et les autres services de santé et services sociaux;
- la complexité persistante des processus de référence, souvent jugés lourds, peu cohérents et difficiles à comprendre pour les personnes présentant des besoins complexes;
- la présence de nombreux obstacles structurels lors des transitions entre les milieux hospitaliers et les ressources communautaires.

Plusieurs établissements du réseau de la santé et des services sociaux ont entrepris des démarches visant à améliorer les trajectoires de soins des personnes présentant un trouble concomitant, notamment le CIUSSS de la Capitale-Nationale, le CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) des Laurentides, le CIUSSS de l'Estrie – Centre hospitalier de l'Université de Sherbrooke ainsi que plusieurs établissements de la région de Montréal. La mise en commun de ces documents constituerait donc une opportunité intéressante afin de déployer un modèle provincial de trajectoires qui tient compte de plusieurs expertises régionales. Toutefois, les documents permettant de documenter ou de détailler ces initiatives semblent difficilement accessibles à l'heure actuelle. À l'échelle du continuum de soins et de services, plusieurs constats émergent et seront présentés dans les sections suivantes.

2.3 Dépistage et évaluation

Le trouble concomitant demeure fréquemment sous-dépisté dans les établissements de santé, y compris dans les services d'urgence (Basu et al., 2018; Kene et al., 2018; MSSS, 2023a; O'Grady et al., 2019; Wang et al., 2019). Parmi les facteurs évoqués par les professionnels œuvrant

en contexte d'urgence figurent notamment le manque de formation ainsi qu'un faible sentiment de compétence à l'égard de la prise en charge, particulièrement en ce qui concerne les TUS (Glowacki et al., 2022; O'Grady et al., 2019; Tang et Li, 2025). Ainsi, un seul des deux troubles est souvent identifié, alors que la présence concomitante des deux problématiques demeure plus rarement reconnue, en particulier lorsqu'un TUS est en cause (St-Pierre, 2025).

Les personnes présentant un TSM, un TUS ou un trouble concomitant font également face à de nombreux obstacles liés aux déterminants sociaux de la santé, lesquels influencent leur état de santé sans constituer nécessairement une cause directe de la maladie (Institut national de santé publique du Québec [INSPQ], 2024). Ces déterminants sont essentiels à considérer puisqu'ils contribuent à accentuer la gravité et l'évolution du trouble concomitant (St-Pierre et St-Pierre, 2025). Parmi les principaux facteurs recensés figurent l'itinérance, l'insécurité financière et alimentaire, le chômage ainsi que les difficultés d'accès aux soins et aux services de santé (Malecha et al., 2018; Tang et Li, 2025; Therrien, 2020). Ces enjeux constituent d'ailleurs des facteurs majeurs associés au recours fréquent aux services d'urgence chez les personnes présentant un trouble concomitant (Dion et al., 2024; Gaida et al., 2023; McCarthy et al., 2021; St-Pierre et St-Pierre, 2025; Tang et Li, 2025). Malgré leur importance clinique, les déterminants sociaux de la santé demeurent rarement évalués de manière systématique dans les services de santé. Cette situation s'explique notamment par le manque de temps, une connaissance limitée des procédures et protocoles associés à cette évaluation, ainsi que par la perception que cette démarche est peu pertinente dans le contexte clinique (Andermann, 2018; Loo et al., 2025; Tang et Li, 2025). À titre d'exemple, les outils développés au Québec et disponibles pour évaluer l'instabilité résidentielle tels que l'IRIS (Instrument de repérage et d'identification des situations résidentielles instables et à risque) tardent à être pleinement intégrés aux pratiques de dépistage et d'évaluation, alors que l'itinérance est un phénomène intimement lié aux TSM, aux TUS et aux troubles concomitants (CREMIS, 2019).

2.4 Accès aux services et continuité des soins

Le dépistage et l'évaluation constituent certes des étapes essentielles dans la prise en charge des personnes, mais il faut également pouvoir assurer la continuité des soins lorsque la situation clinique le requiert. Or, la littérature montre que le trouble concomitant est fréquemment considéré comme un critère d'exclusion dans les programmes spécialisés ciblant un seul trouble

(Priester et al., 2016). Par exemple, certains services en dépendance exigent une stabilisation préalable du TSM avant d'offrir un suivi, tandis que plusieurs services de santé mentale requièrent une période d'abstinence avant d'accepter une personne présentant un TUS (Pacini et al., 2020). Cette segmentation des critères d'admissibilité favorise une prise en charge en silos du TSM et du TUS, perpétue la fragmentation des services et complexifie l'accès aux soins requis (Hakobyan et al., 2020). Une étude récente portant sur la continuité des soins après une visite à l'urgence pour un problème de santé mentale ou de consommation de substances chez les personnes présentant un trouble concomitant a également mis en évidence un faible taux de référencement vers les services de première et de deuxième ligne en santé mentale et en dépendance (St-Pierre et St-Pierre, 2024, 2025).

Certaines initiatives québécoises reposent néanmoins sur des modèles de soins collaboratifs et intégrés, notamment les programmes de soutien d'intensité variable (SIV), de suivi intensif dans le milieu (SIM) et de suivi d'intensité flexible (SIF) (Gouvernement du Québec, 2023). Malgré leur pertinence, l'accès à ces programmes demeure limité en raison du nombre restreint de places disponibles et de la pénurie de main-d'œuvre observée dans plusieurs régions (MSSS, 2023a). Ainsi, selon un audit de performance portant sur l'efficacité du continuum de soins et de services en santé mentale, près du quart des personnes fréquentant régulièrement les services d'urgence et inscrites au programme SIV ne recevaient pas le nombre de contacts prévus, soit entre deux et sept interventions par mois (MSSS, 2023a). Ce même audit révélait également que les personnes étaient retirées des listes d'attente dès la réception d'un premier service, qu'il s'agisse d'un appel téléphonique ou d'une rencontre en personne. Or, cette première intervention ne garantissait pas que leurs besoins avaient été adéquatement évalués ou comblés.

La transition entre les services d'urgence et les services de première ligne représente également un moment critique dans la continuité des soins des personnes présentant un trouble concomitant. Cette transition demeure souvent fragile, entraînant des ruptures de services associées à une augmentation des visites évitables à l'urgence et des réadmissions hospitalières (Lavergne et al., 2022; McIntyre et al., 2022; MSSS, 2023a). À cet égard, l'étude de Fleury et al. (2020) a montré que 49 % des personnes présentant un trouble concomitant retournaient à l'urgence dans les 30 jours suivant leur congé médical et que 37 % de ces personnes étaient ensuite hospitalisées.

La principale cause évoquée pour expliquer ces réadmissions était une rupture dans la continuité des soins après le congé médical (Fleury et al., 2020). D'autres travaux ont également identifié plusieurs facteurs associés aux réadmissions précoces, dont un élément récurrent : les enjeux de communication entre les services d'urgence et les autres ressources impliquées dans le suivi, notamment lors des processus de référence (Glowacki et al., 2022).

2.5 Processus de rétablissement et prévention de la rechute

La majorité des services actuellement offerts en santé mentale et en dépendance sont structurés autour d'interventions de courte durée, généralement moins de six mois dans les services en dépendance, ce qui peut convenir aux personnes présentant un TUS transitoire, mais s'avère souvent insuffisant pour celles vivant avec un TUS persistant ou un TSM sévère (Beaulieu et al., 2024). Or, les personnes présentant un trouble concomitant nécessitent généralement un accompagnement à plus long terme afin de soutenir leur processus de rétablissement, de favoriser le maintien des acquis et de prévenir les rechutes (Beaulieu et al., 2024).

Les organismes communautaires constituent des partenaires essentiels dans le soutien et le rétablissement des personnes présentant un trouble concomitant et dans la réponse à leurs multiples besoins. Présents sur l'ensemble du territoire québécois, ils sont plus facilement accessibles et permettent de rejoindre des personnes qui n'ont pas accès au réseau de la santé et des services sociaux ou qui choisissent de ne pas y recourir (Castillo et al., 2019; Warin, 2016). Leur offre de services est diversifiée et couvre un large éventail de besoins, notamment en matière de réduction des risques et des méfaits, d'hébergement, de sécurité alimentaire, de transport, d'intégration à l'emploi, de défense des droits et d'accompagnement vers les services de santé et les services sociaux (Santé Montréal, 2025). Les organismes communautaires et les services de proximité, par leur approche humaniste et d'ouverture, occupent une place particulièrement importante auprès des personnes présentant un trouble concomitant. Ils contribuent à améliorer l'accès aux soins et aux services en proposant des modalités d'accès à faible seuil d'exigence (Paumier, 2017). Ils permettent également la mise en œuvre et l'accompagnement des personnes dans des projets stimulants et innovants qui mettent en lumière les capacités et les forces de ces personnes, ainsi que leur désir de créer un changement positif dans leur vie (Trudel et Lauzon, 2022). Toutefois, plusieurs obstacles limitent leur déploiement et leur utilisation à plus grande échelle,

notamment les enjeux de financement et certaines restrictions associées aux orientations et politiques gouvernementales (Fallu et Brisson, 2013).

Également, la collaboration intersectorielle entre les organismes communautaires et le réseau de la santé et des services sociaux demeure confrontée à plusieurs défis, malgré la complémentarité reconnue des expertises en présence (Fontaine et al., 2024). L'étude réalisée en 2019 par le Réseau communautaire en santé mentale auprès des 22 CISSS du Québec et des 15 regroupements régionaux d'organismes communautaires en santé mentale a mis en évidence la présence de collaborations sur l'ensemble du territoire québécois, tout en révélant d'importantes variations quant au niveau de satisfaction en découlant (Réseau communautaire en santé mentale, 2019). Alors que 81 % des centres intégrés se déclaraient satisfaits de ces collaborations, cette proportion n'était que de 53 % chez les organismes communautaires. Les principaux motifs d'insatisfaction rapportés par ces derniers concernaient une méconnaissance de leur mission, de leur expertise et de leur contribution spécifique, ainsi qu'un manque d'engagement des centres intégrés dans le développement de partenariats durables et véritablement collaboratifs (Réseau communautaire en santé mentale, 2019).

3. Enjeux, défis et problèmes observés à propos des orientations actuelles des plans d'action

Les éléments discutés ci-dessous ciblent les adultes présentant un TSM, un TUS ou un trouble concomitant. Un enjeu important qu'il est important de mettre en lumière, et qui implique les trois plans d'action gouvernementaux (Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 [PAISM], Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028 [PAID] et Plan d'action interministériel en itinérance 2021-2026 [PAII]), concerne l'offre de services optimale pour les personnes présentant un trouble concomitant. Évidemment, chaque plan d'action reconnaît la nécessité du décroisement des problématiques, l'adoption d'une vision globale et l'importance d'offrir des services pour les adapter aux personnes présentant un trouble concomitant. Toutefois, ces trois plans d'action ont été élaborés séparément (MSSS, 2021b; MSSS, 2022b; MSSS, 2018) et aucune action ou mesure concrète n'est inscrite dans ceux-ci au sujet de l'arrimage, de la concertation des acteurs ou de la mise en place d'interventions spécifiques pour une approche plus

intégrée du trouble concomitant. L'action 7.2 du PAISM fait toutefois un pas en avant en accordant un financement au Centre d'expertise et de collaboration en troubles concomitants (CECTC). En offrant des services de soutien-conseil aux différents établissements québécois, l'objectif du CECTC est de soutenir les établissements dans l'implantation d'une offre de soins et de services intégrés, pérennes et adaptés aux besoins spécifiques des personnes aux prises avec un trouble concomitant (MSSS, 2022b).

3.1 PAISM 2022-2026

Action 5.5 – Déployer des infirmières praticiennes spécialisées en santé mentale (IPSSM) dans les services de proximité et certaines urgences.

Cette action est une initiative pertinente pour élargir l'accès aux services en santé mentale et dépendance et devrait être une action à prioriser.

3.2 PAID 2018-2028

Action 3.1.5 - Mettre en oeuvre des mesures alternatives aux sanctions pénales en lien avec les substances psychoactives licites

Il est suggéré d'ajouter un complément à cette action, soit de mettre en œuvre des mesures alternatives aux sanctions pénales autant pour les substances psychoactives licites que illicites. De plus en plus de données probantes indiquent que la décriminalisation serait un moyen efficace d'atténuer les méfaits de l'usage de substances et améliorer la situation de santé des personnes (Jesseman et Payer, 2018; Sevilla Núñez, 2023). Évidemment, la décriminalisation découle de processus législatifs complexes. Toutefois, notre recommandation est de poursuivre les discussions et les démarches entre le MSSS et le gouvernement du Canada afin de se rapprocher de cet objectif.

3.3 PAII 2021-2026

Action 3.1 – Rehausser le continuum de services en dépendance pour les personnes en situation d'itinérance

En lien avec les constats présentés dans ce mémoire, cette action est hautement pertinente, mais pourrait être bonifiée en incluant les services en santé mentale dans ce continuum.

4. Recommandations sur les pistes de solution à envisager

Cette section présentera plusieurs recommandations et suggestions d'amélioration en fonction des constats énoncés dans la section 2.

4.1 Lignes directrices et continuum de soins

Le PAISM et le PAID soutiennent l'importance d'offrir des soins et des services intégrés en santé mentale et en dépendance. Ces orientations soulignent également que le continuum de soins et de services doit s'appuyer sur des trajectoires de soins structurées, permettant d'orienter les personnes vers les ressources les plus appropriées de façon rapide, efficiente et adaptée à leurs besoins (MSSS, 2018; MSSS, 2022b). La mise en œuvre de telles trajectoires nécessite toutefois de pouvoir s'appuyer sur des lignes directrices claires, cohérentes et applicables aux réalités cliniques et organisationnelles du réseau. Ces balises sont essentielles pour soutenir les établissements dans le développement, l'implantation et l'évaluation de trajectoires de soins favorisant l'intégration des services et la continuité des interventions. Toutefois, le Québec ne dispose actuellement d'aucune ligne directrice provinciale spécifique encadrant la prise en charge des personnes présentant un trouble concomitant. En plus des documents mentionnés dans la section 2 au sujet des trajectoires de soins et de services en santé mentale, dépendance et itinérance, plusieurs autres documents et sources scientifiques pourraient être utilisés pour créer des lignes directrices plus spécifiques à la population québécoise (Alberta Health Services, 2025; CCDUS, 2023; CECTC, 2019; Commission de la santé mentale du Canada et CCDUS, 2023; INESSS, 2016; St-Pierre, 2025).

4.2 Dépistage et évaluation

Un élément essentiel à considérer serait de **recommander le dépistage du trouble concomitant à n'importe quelle porte d'entrée du réseau de la santé et des services sociaux** (principe du *no wrong door*), que ce soit au triage des services d'urgence, au mécanisme d'accès en santé mentale, dans les équipes de proximité en itinérance ou encore dans les services de première

et de deuxième ligne en santé mentale et en dépendance (Fantuzzi et Mezzina, 2020; St-Pierre, 2025). D'autres services tels que les soins à domicile, les services judiciaires, les cliniques de soins primaires et les organismes communautaires constituent également des lieux stratégiques pour le dépistage. L'identification précoce des personnes à risque constitue un levier important pour améliorer l'accès aux soins et optimiser la continuité des services. Une telle approche pourrait contribuer à réduire le recours répétitif aux services d'urgence pour des consultations évitables ainsi que le nombre de personnes nécessitant des interventions urgentes récurrentes à plus long terme.

Le déploiement de services de proximité en démarchage (*outreach*), avec lesquels les personnes sont directement rejointes à domicile ou dans leur milieu de vie, demeure une stratégie essentielle à préconiser. Cette approche est déjà utilisée au Québec et principalement réalisée par les organismes communautaires, mais pourrait être bonifiée de différentes façons. Par exemple, au Brésil, les soins de santé et de réadaptation reposent sur un service de santé public et universel tout comme au Canada. Les villes sont divisées en districts, eux-mêmes redivisés en zones plus petites d'environ 150 logements. Des « agents », issus de la communauté qu'ils desservent, visitent régulièrement les logements de leur secteur afin de repérer les besoins et les enjeux de santé. Lorsqu'un besoin est identifié, des informations sont transmises sur les services disponibles, les moyens d'accéder aux soins et la possibilité d'avoir confiance envers le personnel professionnel (Nesta, 2026). Un accompagnement ou la coordination de visites à domicile peut également être offert. Bien qu'ils ne soient pas des professionnels liés aux services de santé et services sociaux, ces agents travaillent en étroite collaboration avec eux. Un des avantages de cette approche est que les agents sont des personnes issues de la communauté, ils possèdent donc une expertise et une connaissance des citoyens et des enjeux de leur quartier (Zulliger, 2018). En mettant en place ce modèle dans des quartiers présentant davantage de facteurs de risque ou moins de facteur de protection, cette approche de proximité pourrait contribuer à dépister les besoins, prévenir les problématiques à long terme, améliorer l'accessibilité aux services et répondre plus efficacement aux besoins des populations ciblées (Zulliger, 2018).

Considérant l'influence importante des déterminants sociaux de la santé et des problèmes de santé physique sur la trajectoire des personnes présentant un trouble concomitant, une **évaluation plus élargie des besoins liés aux déterminants sociaux de la santé** apparaît

essentielle pour comprendre adéquatement la situation globale de la personne et l'orienter vers les services adaptés à sa situation (CCDUS, 2023). En l'absence de cette évaluation, plusieurs difficultés risquent de demeurer non détectées et, par conséquent, de ne faire l'objet d'aucune intervention ou mesure de soutien appropriée (Fantuzzi et Mezzina, 2020; Kanzaria et al., 2019). Plusieurs travaux soulignent d'ailleurs que la considération des déterminants sociaux de la santé permet d'améliorer la précision de l'évaluation clinique, de favoriser le bien-être global des personnes et d'aborder simultanément les enjeux sociaux et structurels qui influencent leur santé à l'échelle populationnelle (Hsu et al., 2019; Muhrer, 2021). À titre d'exemple, l'étude de Hsu et al. (2019) a évalué les besoins sociaux de 102 participants au moyen d'entrevues téléphoniques, puis les a orientés vers les ressources appropriées. Les participants ont rapporté des améliorations concrètes de leur situation, attribuées notamment à l'accompagnement reçu et à une meilleure accessibilité aux ressources communautaires. À l'instar du dépistage, cette évaluation globale pourrait être réalisée à toute porte d'entrée du réseau de la santé et des services sociaux.

Toutefois, plusieurs obstacles peuvent limiter sa mise en œuvre, notamment le manque de temps et les contraintes liées aux ressources humaines (Loo et al., 2025). Certaines caractéristiques cliniques, telles qu'une altération de l'état mental ou la présence de symptômes d'intoxication, peuvent également compliquer la réalisation de cette évaluation (O'Grady et al., 2019). La littérature propose néanmoins **différentes stratégies pour faciliter l'intégration de cette pratique**. Parmi celles-ci figurent l'essai de différentes plages horaires afin de déterminer les moments les plus propices à la réalisation de l'évaluation (O'Grady et al., 2019), le recours à du personnel non clinicien dans les services d'urgence pour soutenir la collecte d'informations sur les déterminants sociaux de la santé (Kene et al., 2018), ainsi que l'utilisation d'outils numériques ou de technologies mobiles permettant aux personnes de compléter de façon autonome des questionnaires pouvant ensuite être intégrés à leur dossier clinique (Kanak et al., 2023). Ces approches pourraient contribuer à systématiser l'évaluation des déterminants sociaux de la santé et à favoriser une compréhension plus complète des besoins des personnes présentant un trouble concomitant.

4.3 Accès aux services et continuité des soins

La mise en place ou le renforcement d'équipes interdisciplinaires regroupant des expertises diverses est une stratégie pertinente pour renforcer l'accès aux services et améliorer la continuité des soins. Par exemple, la **mise en place d'une équipe de crise dans les services d'urgence** pourrait constituer une avenue d'amélioration prometteuse (Digel Vandyk et al., 2018; Dion et al., 2024; Gabet et al., 2020; Katiki et al., 2024). Une méta-analyse a examiné l'efficacité des unités de crise de courte durée en santé mentale mises en oeuvre dans les services d'urgence (Anderson et al., 2022). Parmi les douze études retenues, dont une menée au Canada, les unités de crise reposaient généralement sur des équipes interdisciplinaires composées principalement de psychiatres, de travailleuses sociales et d'infirmières spécialisées en santé mentale. Les résultats indiquent que ces structures contribuent à réduire les délais d'évaluation et de prise en charge des problématiques de santé mentale, à diminuer les temps d'attente à l'urgence ainsi que les hospitalisations, tout en favorisant une meilleure continuité des soins après le congé de l'urgence (Anderson et al., 2022). Des conclusions similaires ont également été rapportées par l'étude de Schulz et al. (2021) en plus d'exposer comme impacts positifs la création d'une meilleure collaboration entre l'équipe de crise et le personnel de l'urgence, une amélioration des interventions auprès de la personne et la diminution de l'utilisation de mesures coercitives.

Une **équipe de gestion de cas** composée notamment d'infirmières ainsi que d'une personne pair-aidante pourrait occuper un rôle clé dans l'accompagnement des personnes lors de la **transition entre le congé de l'urgence (ou de l'hospitalisation) et les services de première ligne**. Cette équipe serait en mesure de soutenir les personnes dans leurs démarches visant à répondre à leurs besoins fondamentaux, de faciliter l'accès aux ressources appropriées et de veiller à ce qu'un suivi rapide, coordonné et adapté à leur situation soit mis en place lorsque nécessaire. L'ajout d'une personne pair-aidante dans les équipes permet d'apporter un soutien précieux, notamment une meilleure écoute et empathie, la désescalade des émotions et la création d'une relation de confiance (Brasier et al., 2022; Gaida et al., 2023; Glowacki et al., 2022; Kirk et al., 2025; Schulz et al., 2021). Dans un contexte où le temps d'échange avec les professionnels du réseau de la santé et des services sociaux est plus limité, la personne pair-aidante, par son savoir expérientiel, peut offrir une présence empathique et significative, être une conseillère pertinente et favoriser l'ouverture et la confiance chez la personne en détresse (Kirk et al., 2025). Ces approches précédemment

mentionnées permettraient d'assurer une transition plus harmonieuse entre les milieux de soins, limiter les ruptures de services et favoriser le maintien de l'engagement de la personne dans son parcours de rétablissement (Beaulieu et al., 2024). L'équipe interdisciplinaire de médecine sociale, déployée dans une urgence de San Francisco, est un exemple concret de prise en charge utilisant une approche plus intégrée à l'urgence (Chase et al., 2020). Chapeautée par un intervenant-pivot, l'équipe évalue et coordonne ensuite les services pour les personnes présentant un trouble concomitant et faisant face à l'itinérance, l'insécurité alimentaire, des difficultés de gestion ou d'accès à la médication et des situations de violence. Les résultats ont démontré que, malgré les interventions supplémentaires réalisées à l'urgence, la durée moyenne de séjour pour les personnes prises en charge n'était pas plus élevée que celle dans le groupe contrôle. L'implantation de ce modèle a permis de prévenir 567 admissions sur une période de 30 mois (Chase et al., 2020).

Les programmes SIM et SIV, implantés au Québec depuis plusieurs années, représentent déjà des modèles intégrés reconnus pour la prise en charge des personnes présentant des TSM, des TUS ou un trouble concomitant (Beaulieu, 2025; MSSS, 2023a; MSSS, 2024a, 2024b, 2024c; Trane et al., 2021). Dans cette perspective, plutôt que de développer de nouvelles structures de services, il apparaît pertinent de **consolider et d'élargir l'offre actuellement proposée au sein de ces programmes** afin de mieux répondre aux besoins de cette population. Dans certaines régions éloignées ou caractérisées par une faible densité de population, la mise en oeuvre du programme SIM peut toutefois s'avérer plus difficile en raison des défis liés à l'accessibilité et à l'organisation des services. Dans ces contextes, le suivi d'intensité flexible, qui correspond à l'appellation francophone du modèle *Flexible Assertive Community Treatment*, constitue une alternative intéressante puisqu'il permet d'adapter l'intensité et la nature des interventions aux réalités locales et aux besoins évolutifs des personnes (MSSS, 2024b). Les données scientifiques soutiennent l'efficacité de ces modèles auprès des personnes présentant un trouble concomitant. Trois revues systématiques ont notamment montré que le programme SIM contribue à réduire le nombre de jours d'hospitalisation, à favoriser l'engagement et la rétention dans les traitements, ainsi qu'à améliorer la satisfaction des personnes à l'égard des services reçus (Abufarsakh et al., 2023; Fries et Rosen, 2011; Penzenstadler et al., 2019). De plus, deux études qualitatives ont mis en évidence l'importance de ce modèle dans le soutien au processus de rétablissement, les participants décrivant l'équipe SIM comme un véritable filet de sécurité favorisant la stabilité et le maintien dans la communauté

(Brekke et al., 2021; Pettersen et al., 2014). Les personnes interrogées soulignaient également le caractère rassurant et adapté d'un accompagnement offert par une même équipe capable de répondre à l'ensemble de leurs besoins, qu'ils soient liés à la santé, au logement, aux démarches administratives ou à l'intégration sociale (Brekke et al., 2021; Pettersen et al., 2014).

4.4 Processus de rétablissement

Indépendamment de l'approche de soins préconisée, il est primordial de garder à l'esprit que l'objectif des interventions est d'**accompagner la personne dans une perspective de rétablissement**. La Commission de la santé mentale du Canada définit le rétablissement en santé mentale comme la « possibilité de mener une vie satisfaisante et nourrie par l'espoir et d'apporter une contribution à la société en dépit de symptômes causés par un problème de santé mentale » (Commission de la santé mentale du Canada, 2021, p.4). Pour maintenir la motivation et l'engagement de la personne, la présence d'espoir pour un meilleur avenir ainsi qu'une qualité de vie est nécessaire. Une pratique axée sur le rétablissement valorise les forces, l'auto-détermination et la responsabilité individuelle des personnes.

Mousavizadeh et Bidgoli (2023), dans une revue systématique, mettent en évidence l'efficacité des services de proximité pour soutenir le processus de rétablissement (Abufarsakh et al., 2023; Fries et Rosen, 2011; Penzenstadler et al., 2019). L'établissement et le renforcement des collaborations avec les ressources communautaires, les services en communauté (pharmacie, aide au logement, banques alimentaires, aide à l'emploi, etc) et les services guidés par une approche de réduction des risques et des méfaits, font partie intégrante des éléments d'une prise en charge axée sur le rétablissement. Ils sont particulièrement importants si l'on considère le caractère persistant du trouble concomitant, les risques possibles de rechutes, les multiples besoins liés aux déterminants sociaux de la santé et le fait que l'abstinence pour certaines personnes n'est pas toujours l'objectif visé. Enfin, le pair-aidant peut agir en tant que mentor pour également soutenir la personne dans son rétablissement (O'Connell et al., 2020). Dans cette optique, des actions visant à **soutenir financièrement les ressources communautaires et l'inclusion des pairs-aidants ainsi qu'à créer des collaborations avec le réseau de la santé et des services sociaux** seraient des stratégies pertinentes.

4.5 Rehaussement des rôle infirmiers

Les établissements de santé québécois sont actuellement confrontés à une importante pénurie de professionnels de la santé et des services sociaux, une situation qui touche particulièrement la profession infirmière (MSSS, 2023a; Statistique Canada, 2023b). Bien que l'augmentation du nombre d'infirmières soit fréquemment présentée comme une solution à cette problématique, cette avenue apparaît difficilement réalisable à court terme, particulièrement dans le secteur de la santé mentale. De plus, elle ne constitue pas nécessairement la stratégie la plus efficace pour répondre aux besoins croissants de la population. Dans plusieurs secteurs d'activités, les tâches effectuées par les infirmières sont bien en-deçà des compétences qu'elles détiennent (Allen, 2023; Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale, 2022; Déry et al., 2022; Morin et Lessard, 2019). Dans ce contexte, **la possibilité pour le personnel infirmier d'occuper pleinement son champ d'exercice** représente une stratégie particulièrement pertinente, non seulement pour atténuer les effets de la pénurie de personnel, mais également pour améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des soins offerts aux personnes présentant des besoins complexes (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2025; Commission de la santé mentale du Canada et CCDUS, 2023; Morin et Lessard, 2019).

A titre d'exemple, un document créé par l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale (2022), illustre toute l'étendue possible du champ de pratique des infirmières en santé mentale et ces possibilités se révèlent nombreuses. Cet outil présente les 17 activités réservées de l'infirmière ainsi que toutes les interventions qu'elle peut effectuer spécifiquement sur le plan de la santé mentale et de la consommation de substances. Par exemple, l'évaluation de la condition de santé mentale fait partie des activités réservées des infirmières cliniciennes (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ], 2016). Elles détiennent aussi l'expertise pour effectuer le dépistage du trouble concomitant, l'évaluation des déterminants sociaux de la santé et le counseling, ainsi qu'assurer un suivi pour favoriser la continuité des soins et ce, dans toutes les unités et établissements dans lesquels elles exercent leur profession (Déry et al., 2022). La coordination des soins est également un rôle fréquemment attribué aux infirmières (Swan et al., 2019). Grâce à leur vision globale de la situation de santé des personnes, les infirmières sont particulièrement bien placées pour assumer un rôle de professionnelle-pivot, facilitant la coordination des interventions, la communication entre les différents acteurs impliqués et la

continuité des services tout au long du parcours de soins (Swan et al., 2019). Les pratiques développées dans les régions éloignées, où les infirmières assument souvent des responsabilités élargies afin de répondre aux besoins de la population (Delli Colli, 2023), illustrent également très bien tout le potentiel de la profession infirmière. Toutefois, un principal obstacle à l'utilisation optimale du champ d'exercice de l'infirmière est la méconnaissance ainsi que la non-reconnaissance de l'étendue de son rôle (Charron et al., 2017). Avec **une reconnaissance de l'étendue de son champ de pratique, un soutien clinique adéquat et un cadre organisationnel favorable**, les infirmières pourraient exercer un rôle plus élargi et bénéficier d'une plus grande autonomie professionnelle. Une telle évolution serait susceptible de contribuer à une meilleure utilisation des ressources disponibles, tout en favorisant un accès plus rapide et une prise en charge plus adéquate des personnes présentant un trouble concomitant.

La pratique infirmière avancée connaît un développement soutenu depuis plusieurs années au Québec (OIIQ, 2021a), ouvrant de nouvelles perspectives pour améliorer l'accès aux soins en santé mentale et en dépendance. Une plus grande intégration de ces infirmières en pratique avancée au sein du réseau pourrait ainsi contribuer à accroître l'accessibilité aux services spécialisés pour les personnes présentant des besoins complexes. La littérature reconnaît largement la valeur ajoutée des infirmières praticiennes spécialisées (IPS), qui découle à la fois de leurs activités professionnelles réservées telles que l'évaluation diagnostique et la prescription d'examens et de traitements, de leur contribution au développement des pratiques, de leur rôle au sein des équipes interdisciplinaires et de leur approche holistique centrée sur la personne (Savard et al., 2026). À titre d'exemple, **l'intégration des IPSSM au sein des services d'urgence** pourrait générer plusieurs retombées positives, notamment en contribuant à atténuer les effets de la pénurie de psychiatres consultants, à améliorer l'accès à une évaluation spécialisée rapide et à réduire les délais de prise en charge (Kilpatrick et al., 2023; MSSS, 2022b; Savard et al., 2022). Le **programme SIM pourrait également constituer un contexte particulièrement favorable à l'intégration des IPSSM en soins de proximité** (MSSS, 2024a). D'ailleurs, le cadre de référence de ce programme souligne que leur présence représente une valeur ajoutée importante en raison de leur capacité à exercer des fonctions de liaison, à assurer la coordination des soins interdisciplinaires et à offrir du soutien clinique à l'équipe, en complémentarité avec le psychiatre et les autres professionnels impliqués (MSSS, 2024a).

Enfin, **le projet de loi 67**, adopté en novembre 2024, représente une initiative politique favorable afin de faciliter l'accès aux services de santé mentale et dépendance. Cette loi, qui modifie le Code des professions, vise à moderniser le système professionnel québécois et à permettre l'élargissement du champ d'exercice de certaines professions, notamment celui des infirmières (Assemblée nationale du Québec, 2024). Plus précisément, elle autorisera une proportion accrue d'infirmières à diagnostiquer les troubles de santé mentale (sauf la déficience intellectuelle), sous réserve de l'acquisition préalable des compétences et de la formation requises (OIIQ, 2024). Cette réforme législative appuie ainsi le rehaussement du rôle infirmier pour favoriser une plus grande accessibilité aux services de santé mentale et dépendance. Néanmoins, il apparaît essentiel que les instances gouvernementales **soutiennent activement les prochaines étapes de mise en oeuvre** afin de profiter d'un déploiement rapide et cohérent de cette mesure à travers le réseau québécois.

5. Réflexions sur l'intégration des services en santé mentale, en dépendance et en itinérance

Dès la fin des années 1980, plusieurs auteurs ont mis en évidence la nécessité d'offrir des soins et des services intégrés pour les personnes présentant un trouble concomitant (Ridgely et al., 1987; Ridgely et al., 1990). Depuis, les lignes directrices et la littérature scientifique convergent vers un même constat : l'approche intégrée constitue la norme de référence pour la prise en charge de cette population (Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2002; Fantuzzi et Mezzina, 2020; Hakobyan et al., 2020; INESSS, 2016). Toutefois, la mise en œuvre d'une telle approche exige des transformations importantes touchant les dimensions clinique, organisationnelle, administrative, financière, structurelle et politique des systèmes de soins.

Plusieurs obstacles continuent de freiner l'implantation d'approches intégrées. Les secteurs de la santé mentale et de la dépendance se distinguent par leurs cultures organisationnelles, leurs modèles d'intervention, leurs rôles professionnels et leurs cadres de pratique respectifs (Fantuzzi et Mezzina, 2020; Hakobyan et al., 2020; Yule et Kelly, 2019). Ces différences peuvent nuire à la compréhension mutuelle des expertises, limiter la communication et la coordination entre les

équipes et entraîner des messages parfois contradictoires à l'intention des personnes recevant des services (Yule et Kelly, 2019). Dans ce contexte, les personnes présentant un trouble concomitant se retrouvent fréquemment à naviguer entre plusieurs services sans bénéficier d'une prise en charge cohérente et coordonnée. Certaines personnes sont ainsi soumises à des allers-retours répétés entre les services de santé mentale et de dépendance, tandis que d'autres se retrouvent exclues des deux systèmes de soins et ne reçoivent aucun traitement adapté à leurs besoins (Dubreucq et al., 2012). Cette fragmentation complexifie également l'établissement d'une alliance thérapeutique, puisque les personnes doivent développer des relations de confiance avec plusieurs équipes simultanément, un défi particulièrement important dans le contexte du trouble concomitant (Biringer et al., 2017; Dubreucq et al., 2012). Pour les personnes présentant un trouble concomitant et vivant également une situation d'itinérance ou d'exclusion sociale, les enjeux principaux se situent avant tout en amont des services et résident dans la difficulté à rejoindre ces personnes dans leur milieu, à créer un climat de confiance avec eux ainsi qu'une relation sans préjugés et non-stigmatisante (CREMIS, 2019).

Les obstacles dépassent toutefois le cadre clinique. À l'échelle organisationnelle et gouvernementale, les politiques, les mécanismes de financement, les procédures administratives et les structures de gestion demeurent largement distincts entre les secteurs de la santé mentale, de la dépendance et de l'itinérance (Fantuzzi et Mezzina, 2020; Roy et al., 2019; Yule et Kelly, 2019). De plus, les bases de données administratives et cliniques ne sont toujours pas pleinement intégrées, limitant le partage d'informations et nuisant à la continuité des soins entre les différents services (MSSS, 2020). Des transformations importantes demeurent nécessaires sur le plan politique. Dès 2005, le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 recommandait que chaque région du Québec mette en place des ententes de collaboration entre les services de santé mentale et les centres de réadaptation en dépendance (MSSS, 2005). Or, l'évaluation réalisée en 2012 révélait que seulement le tiers des régions disposait d'une offre de services amorçant une réelle intégration de ces secteurs (MSSS, 2012). Plus d'une décennie plus tard, les avancées demeurent encore limitées. Bien que certaines initiatives d'intégration aient été recensées à travers le Québec (voir section 2.2 du présent document), les enjeux de décloisonnement persistent. Cette réalité est d'ailleurs mentionnée dans le PAISM 2022-2026, qui souligne la nécessité d'adopter une vision globale de la personne et de dépasser les frontières traditionnelles entre les secteurs de la santé mentale, de la dépendance et

de l'itinérance (MSSS, 2022b). Bien que le PAISM, le PAID et le PAII reconnaissent la nécessité du découplage des problématiques, l'adoption d'une vision globale et l'importance d'offrir des services intégrés, adaptés à la réalité ainsi qu'aux besoins de la personne, peu d'actions ciblent les services pour les personnes présentant un trouble concomitant et aucune ne vise une prise en charge plus globale et intégrée de cette population.

L'implantation d'un système de services intégrés repose également sur l'existence de lignes directrices claires et adaptées aux réalités du trouble concomitant. Or, deux récentes revues systématiques portant sur les lignes directrices disponibles concluent que, malgré un consensus quant à la nécessité de traiter simultanément les TSM et les TUS, peu de recommandations précises sont proposées quant à l'adaptation des interventions aux besoins spécifiques des personnes présentant un trouble concomitant (Alsuhaibani et al., 2021; Hakobyan et al., 2020). Selon Alsuhaibani et al. (2021), seulement huit des vingt lignes directrices recensées formulaient des recommandations détaillées concernant l'ajustement des interventions à cette population. D'autres travaux menés au Canada confirment également ces constats (CCDUS, 2023; Commission de la santé mentale du Canada et CCDUS, 2023; INESSS, 2016). Bien que certaines lignes directrices abordent la prise en charge du trouble concomitant, plusieurs dimensions essentielles demeurent peu développées, notamment la prise en compte des déterminants sociaux de la santé dans la planification des services ainsi que la définition de trajectoires de soins et de services optimales pour cette population (CCDUS, 2023; Commission de la santé mentale du Canada et CCDUS, 2023). Les trois études précédentes ont fait ressortir plusieurs éléments importants qui n'étaient pas abordés, mais qui sont pertinents à intégrer, notamment les orientations concernant la réduction des risques et des méfaits, les populations vivant en milieu rural, l'implication des systèmes judiciaires et des équipes de crise, le rétablissement, le soutien à la personne et sa famille ainsi que les activités de démarchage (*outreach*). Deux éléments sont également absents des lignes directrices recensées et devraient être ajoutés : des orientations claires pour les personnes en situation d'itinérance ainsi que pour les communautés francophones.

En somme, malgré un consensus largement établi en faveur d'une approche intégrée, les lignes directrices et les pratiques cliniques continuent principalement d'être structurées autour d'un seul diagnostic, soit le TSM ou le TUS. Cette approche tend à sous-estimer la complexité du trouble

concomitant et la multiplicité des besoins qui y sont associés. De plus, les recommandations relatives aux situations d'itinérance, aux déterminants sociaux de la santé, à la réduction des risques et des méfaits et au rétablissement demeurent largement absentes des cadres de référence actuels. Cet écart entre les besoins réels des personnes et l'offre de services disponible contribue à limiter l'accès à des soins adaptés et à maintenir le recours à des solutions alternatives, souvent moins efficaces ou moins appropriées pour répondre à la complexité des situations vécues (Armoon et al., 2023; Graham et al., 2017; Huynh et al., 2016).

5.1 Recommandations pour une prise en charge intégrée

Depuis les années 1990, une multitude de modèles et de programmes ont été implantés et étudiés (Brown et Menec, 2018; Drake et al., 1998; INESSS, 2016; Karapareddy, 2019; Richardson et al., 2020; Yule et Kelly, 2019). Drake et ses collaborateurs (1998) furent parmi les premiers à réunir sous forme de revue de littérature les meilleures pratiques pour les troubles concomitants. Les principales recommandations portaient sur l'utilisation des éléments suivants : approche intégrée, traitement par étapes, interventions axées sur la motivation et l'engagement au traitement, *outreach* actif, prévention des rechutes, traitements au long cours et présence de services pour les facteurs associés (logement, emploi, sécurisation financière, soutien en matière d'éducation et judiciarisation) (Drake et al., 1998). Mueser et ses collègues (2001) soutenaient les mêmes recommandations en ajoutant l'importance de la famille et de la personne dans le partage de la prise de décisions, afin de maximiser les chances d'adhésion et de maintien du plan de traitement. Une place importante était aussi accordée à la réduction des méfaits liés à la consommation plutôt qu'exiger l'abstinence.

Puisqu'il est impossible de tout changer en une seule étape, ce mémoire suggère en premier lieu de travailler à la mise en oeuvre de lignes directrices claires et ciblées sur les processus de prise en charge intégrée des personnes présentant un trouble concomitant. Plusieurs documents et études présentés tout au long de ce mémoire pourraient être consultés et mis en commun pour créer des lignes directrices spécifiques à la population québécoise. Considérant l'hétérogénéité de la population présentant un trouble concomitant, un modèle unique d'approche intégrée ne peut être efficace pour tous. Cependant, il serait pertinent d'appuyer l'élaboration du modèle sur une seule

définition d'approche intégrée. La définition retenue et suggérée dans ce mémoire est celle élaborée par Rush et al. (2008) et traduite par Nadeau et Landry (2015) :

Soins cliniques et soutien psychosocial intégrés, assurés soit par des équipes situées en un même lieu ou bien coordonnées, soit dans le cadre d'accords de collaboration entre deux prestataires ou plus, garants de l'accès aux services, d'un soutien ainsi que d'une réelle continuité des soins. (p.12)

Au niveau clinique, la ou les équipes de soins devraient minimalement inclure les catégories professionnelles suivantes : infirmière clinicienne détenant une expertise en trouble concomitant, travailleuse sociale, IPSSM/psychiatre détenant une expertise en trouble concomitant (incluant les traitements de substitution), personne pair-aidante, personne détenant une expertise en itinérance et pouvant assurer la liaison avec les services de proximité ainsi qu'un intervenant-pivot pour assurer la coordination et l'arrimage entre tous les services. L'intervenant-pivot aurait aussi comme tâches d'assurer la liaison et la transition des soins avec les centres hospitaliers, les professionnels traitants (médecin de famille/IPSPL), les pharmacies, les services judiciaires, les centres de détention et les organismes communautaires.

Conclusion

Les constats et les recommandations formulées dans ce mémoire visent à rapprocher les pratiques actuelles d'une approche plus efficace pour la prise en charge des personnes présentant un trouble concomitant. Dans un contexte de contraintes budgétaires, l'objectif n'est pas de créer de nouvelles structures, mais de mieux mobiliser les ressources existantes pour optimiser l'organisation des soins. Plusieurs des stratégies proposées s'alignent d'ailleurs avec les priorités actuelles du PAISM 2022-2026, du PAID 2018-2028 et du PAII 2021-2026, renforçant leur potentiel de faisabilité à accroître la qualité des soins et la satisfaction des personnes qui en bénéficieront.

Références

- Abufarsakh, B., Kappi, A., Pemberton, K. M., Williams, L. B. et Okoli, C. T. C. (2023). Substance use outcomes among individuals with severe mental illnesses receiving assertive community treatment: A systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 32, 704-726. <https://doi.org/10.1111/inm.13103>
- Alberta Health Services. (2025, 18 juin). *Addiction and Mental Health – Information for Health Professionals*. Alberta Health Services. <https://www.albertahealthservices.ca/info/Page11536.aspx>
- Allen, D. (2023). *The invisible work of nurses*. <https://theinvisibleworkofnurses.co.uk/>
- Alsuhaibani, R., Smith, D. C., Lowrie, R., Aljhani, S. et Paudyal, V. (2021). Scope, quality and inclusivity of international clinical guidelines on mental health and substance abuse in relation to dual diagnosis, social and community outcomes: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 21(1), 1-23. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03188-0>
- Andermann, A. (2018). Screening for social determinants of health in clinical care: moving from the margins to the mainstream. *Public Health Reviews*, 39, 19. <https://doi.org/10.1186/s40985-018-0094-7>
- Anderson, K., Goldsmith, L. P., Lomani, J., Ali, Z., Clarke, G., Crowe, C., Jarman, H., Johnson, S., McDaid, D., Pariza, P., Park, A. L., Smith, J. A., Stovold, E., Turner, K. et Gillard, S. (2022). Short-stay crisis units for mental health patients on crisis care pathways: systematic review and meta-analysis. *BJPsych open*, 8(4), e144. <https://doi.org/10.1192/bjo.2022.534>
- Armoon, B., Griffiths, M. D., Mohammadi, R., Ahounbar, E. et Fleury, M. J. (2023). Acute care utilization and its associated determinants among patients with substance-related disorders: A worldwide systematic review and meta-analysis. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 30(6), 1096–1113. <https://doi.org/10.1111/jpm.12936>
- Assemblée nationale du Québec (2024). *Projet de loi n° 67, Loi modifiant le Code des professions pour la modernisation du système professionnel et visant l'élargissement de certaines pratiques professionnelles dans le domaine de la santé et des services sociaux*. <https://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-67-43-1.html>
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC). (2025, 8 mai). *Bâtir un Canada en meilleure santé, propulsé par les soins infirmiers : une feuille de route pour 2025 et au-delà*. AIIC. https://www.cna-aiic.ca/fr/representation-et-politiques/plateforme-electorale-federale-2025?_zs=mqmsP1&_zl=iM5H3
- Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale. (2022). *Univers des soins infirmiers en santé mentale au Québec*. <https://aqiism.org/wp-content/uploads/Univers-des-soins-infirmiers-en-sante-mentale-au-Quebec-1.pdf>
- Ayano, G. (2019). Co-occurring medical and substance use disorders in patients with schizophrenia: a systematic review. *International Journal of Mental Health*, 48(1), 62-76. <https://doi.org/10.1080/00207411.2019.1581047>

- Basu, D., Basu, A. et Ghosh, A. (2018). Assessment of clinical co-morbidities. *Indian Journal of Psychiatry*, 60, 457-465. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_13_18
- Beaulieu, M., Tremblay, J. et Bertrand, K. (2024). Adjustments to Service Organization in Specialized Addiction Services and Clinical Strategies for Better Meeting the Needs of People with a Persistent Substance Use Disorder. *International Journal of Mental Health Addiction*, 22, 2229–2246. <https://doi.org/10.1007/s11469-022-00982-z>
- Beaulieu, M. (2025). *Avis concernant l'efficacité des suivis dans la communauté (Suivi intensif dans le milieu et Suivi d'intensité variable) pour les personnes présentant un trouble concomitant de santé mentale et d'usage de substance*. CECTC. https://bibliothequeduchum.ca/wp-content/uploads/2025/02/cs010_sim-siv_final_anonyme.pdf
- Biringer, E., Hartveit, M., Sundfør, B., Ruud, T. et Borg, M. (2017). Continuity of care as experienced by mental health service users - a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 17, 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2719-9>
- Brasier, C., Roennfeldt, H., Hamilton, B., Martel, A., Hill, N., Stratford, A., Buchanan-Hagen, S., Byrne, L., Castle, D., Cocks, N., Davidson, L. et Brophy, L. (2022). Peer support work for people experiencing mental distress attending the emergency department: Exploring the potential. *Emergency medicine Australasia : EMA*, 34(1), 78–84. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.13848>
- Brekke, E., Clausen, H. K., Brodahl, M., Lexén, A., Keet, R., Mulder, C. L. et Landheim, A. S. (2021). Service user experiences of how flexible assertive community treatment may support or inhibit citizenship: a qualitative study. *Frontiers in psychology*, 12, 727013. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.727013>
- Brown, C. L. et Menec, V. (2018). Integrated Care Approaches Used for Transitions from Hospital to Community Care: A Scoping Review. *Canadian Journal of Aging*, 37(2), 145-170. <https://doi.org/10.1017/S0714980818000065>
- Burke, C. W., Firmin, E. S., Lanni, S., Ducharme, P., DiSalvo, M., & Wilens, T. E. (2023). Substance Use Disorders and Psychiatric Illness Among Transitional Age Youth Experiencing Homelessness. *JAACAP open*, 1(1), 3–11. <https://doi.org/10.1016/j.jaacop.2023.01.001>
- Butler, A., Nicholls, T., Samji, H., Fabian, S., & Lavergne, M. R. (2022). Prevalence of Mental Health Needs, Substance Use, and Co-occurring Disorders Among People Admitted to Prison. *Psychiatric Services*, 73(7), 737–744. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000927>
- Carra, G., Bartoli, F., Crocamo, C., Brady, K. T. et Clerici, M. (2014). Attempted suicide in people with co-occurring bipolar and substance use disorders: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 167, 125-135. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.05.066>
- Castillo, E. G., Ijadi-Maghsoodi, R., Shadravan, S., Moore, E., Mensah, M. O., 3rd, Docherty, M., Aguilera Nunez, M. G., Barcelo, N., Goodsmith, N., Halpin, L. E., Morton, I., Mango, J., Montero, A. E., Rahmanian Koushkaki, S., Bromley, E., Chung, B., Jones, F., Gabrielian, S., Gelberg, L., Greenberg, J. M., ... Wells, K. B. (2019). Community Interventions to Promote

Mental Health and Social Equity. *Current psychiatry reports*, 21(5), 35.
<https://doi.org/10.1007/s11920-019-1017-0>

Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. (2023). *Operational Guidelines for Integrated Mental Health, Substance use and Concurrent Disorder Service Delivery*.

<https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2023-07/integrated-mental-health-substance-use-and-concurrent-disorder-service-delivery-fr.pdf>

Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS). (2019). Instrument de repérage et d'identification des situations résidentielles instables et à risque (IRIS).

<https://cremis.ca/publications/dossiers/outils-de-reperage-de-linstabilite-residentielle/iris-instruments-de-reperage-et-didentification-des-situations-residentielles-instables-et-a-risque/>

Centre de toxicomanie et de santé mentale (CTSM). (2002). *Meilleures pratiques – Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie*. (No de catalogue : H39-599/2001-2F). Santé Canada. http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/pubs/adp-apd/bp_disorder-mp_concomitants/index-fra.php

Centre d'expertise et de collaboration en troubles concomitants (CECTC). (2019). *Les troubles concomitants - Synthèse des connaissances*. https://ruisss.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/61/2024/02/CECTC_2019_Texte_synthese_troubles_concomitants.pdf

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal. (2019). *La gestion par trajectoires de soins et de services – Guide théorique et pratique*. Équipe accès et trajectoire de soins du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal.

https://cdn.ciuusssnordmtl.ca/documents/Menu/Votre_CIUSSS/Documentation/Gestion_clinique/La_gestion_par_trajectoire_de_soins_et_de_services_guide_theorique_et_pratique.pdf

Charron, M., Duhoux, A., Contandriopoulos, D., Page, C. & Lessard, L. (2017). Le rôle des infirmières dans les services de première ligne face aux personnes souffrant d'un trouble mental courant. *Santé mentale au Québec*, 42(1), 289–303. <https://doi.org/10.7202/1040255ar>

Chase, J., Bilinski, J. et Kanzaria, H. K. (2020). Caring for Emergency Department Patients with Complex Medical, Behavioral Health, and Social Needs. *JAMA*, 324(24), 2550-2551.
<https://doi.org/10.1001/jama.2020.17017>

Chikwava, F., Cordier, R., Ferrante, A., O'Donnell, M. et Pakpahan, E. (2024). Trajectories of homelessness and association with mental health and substance use disorders among young people transitioning from out-of-home care in Australia. *Child abuse & neglect*, 149, 106643.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2024.106643>

Chilman, N., Schofield, P., Laporte, D., Ronaldson, A., & Das-Munshi, J. (2025). The prevalence of multimorbidity with mental and physical health for people who experience homelessness: a systematic review. *European journal of public health*, 35(6), 1170–1177.
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaf144>

- Commission de la santé mentale du Canada. (2021). *Recovery-Oriented Practice. An Implementation Toolkit*. Ottawa, Canada.
- Commission de la santé mentale du Canada et Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. (2023). *Substance Use Health and Mental Health Service Provision: Emerging Themes from the Academic Literature - Scoping Review 2018-2021*.
- Delli Colli, A.-R. (2023). Portrait de la pratique infirmière au Nunavik. *Soins d'urgence*, 4(2), 41–44. <https://doi.org/10.7202/1108447ar>
- Déry, J., Paquet, M., Boyer, L., Dubois, S., Lavigne, G. et Lavoie-Tremblay, M. (2022). Optimizing nurses' enacted scope of practice to its full potential as an integrated strategy for the continuous improvement of clinical performance: A multicentre descriptive analysis. *Journal of nursing management*, 30(1), 205–213. <https://doi.org/10.1111/jonm.13473>
- Digel Vandyk, A., Young, L., MacPhee, C. et Gillis, K. (2018). Exploring the Experiences of Persons Who Frequently Visit the Emergency Department for Mental Health-Related Reasons. *Qualitative Health Research*, 28(4), 587-599. <https://doi.org/10.1177/1049732317746382>
- Dion, K.-M., Ferland, F., Farand, L., Gauvin, L. et Fleury, M.-J. (2024). Reasons for High Emergency Department Use Among Patients with Common Mental Disorders or Substance-Related Disorders. *Healthcare policy*, 19(4), 55-69. <https://doi.org/10.12927/hcpol.2024.27333>
- Drake, R. E., Mercer-McFadden, C., Mueser, K. T., McHugo, G. J. et Bond, G. R. (1998). Review of Integrated Mental Health and Substance Abuse Treatment for Patients with Dual Disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 24(4), 589-608.
- Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance (ESCODI) du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (CCSMTL). (2026). *Guide clinique québécois d'accompagnement des personnes vivant avec un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes*. CCSMTL, 130 p.
- Fallu, J.-S. et Brisson, P. (2013). La réduction des méfaits liés à l'usage de drogues : historique, états des lieux, enjeux. Dans R. Massé et I. Mondou (dir.), *Réduction des méfaits et tolérance en santé publique. Enjeux éthiques et politiques* (105-127). Presses de l'Université Laval.
- Fantuzzi, C. et Mezzina, R. (2020). Dual diagnosis: A systematic review of the organization of community health services. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(3), 300-310. <https://doi.org/10.1177/0020764019899975>
- Fleury, M. J., Rochette, L., Fortin, M., Vasiliadis, H. M., Huynh, C., Grenier, G., Pelletier, E. et Lesage, A. (2019). *Surveillance de l'utilisation des urgences au Québec par les patients ayant des troubles mentaux*. Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2580_surveillance_utilisation_urgences_patients_troubles_mentaux.pdf
- Fleury, M. J., Grenier, G., Bamvita, J. M. et Ferland, F. (2020). Typology of patients who use emergency departments for mental and substance use disorders. *BJPsych Open*, 6(e59), 1-8. <https://doi.org/10.11923bjo.2020.39>

- Fontaine, A., Couvrette, R., Demuynck, C., Pivert, L. et Sousa-Caron, A. (2024). *La collaboration intersectorielle entre le réseau public de la santé et des services sociaux et les organismes communautaires impliqués dans l'intervention de proximité auprès des personnes désaffiliées et marginalisées à Québec : rapport de recherche*. Université Laval, Centre de recherche Jeunes, familles et réponses sociales (JEFAR), 131 p.
<https://www.jefar.ulaval.ca/sites/jefar.ulaval.ca/files/uploads/Rapport%20de%20recherche-Collaboration%20intersectorielle-AFontaine%20ULaval-juin2024.pdf>
- Fries, H. P. et Rosen, M. I. (2011). The efficacy of assertive community treatment to treat substance use. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 17(1), 45-50.
- Gabet, M., Grenier, G., Cao, Z. et Fleury, M. J. (2020). Implementation of three innovative interventions in a psychiatric emergency department aimed at improving service use: a mixed-method study. *BMC Health Services Research*, 20(1), 854.
<https://doi.org/10.1186/s12913-020-05708-2>
- Gaida, F., Ferland, F., Farand, L. et Fleury, M. J. (2023). Facteurs encourageant ou limitant l'utilisation des services d'urgence pour des raisons de santé mentale par les patients grands utilisateurs de ces services. *Santé mentale au Québec*, 48, 179-208.
<https://doi.org/10.7202/1109838ar>
- Glowacki, K., Whyte, M., Weinstein, J., Marchand, K., Barbic, D., Scheuermeyer, F., Mathias, S. et Barbic, S. (2022). Exploring how to enhance care and pathways between the emergency department and integrated youth services for young people with mental health and substance use concerns. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07990-8>
- Gouvernement du Canada. (2024). *Everyone Counts 2020-2022 – Results from the Third Nationally Coordinated Point-in-Time Counts of Homelessness in Canada*. <https://housing-infrastructure.canada.ca/alt-format/pdf/homelessness-sans-abri/reports-rapports/pit-counts-dp-2020-2022-results-resultats-en.pdf>
- Gouvernement du Québec. (2023). *Programmes de suivi pour les personnes présentant un trouble mental*. <https://www.quebec.ca/sante/sante-mentale/trouver-aide-et-soutien-en-sante-mentale/programmes-de-suivi-pour-personnes-presentant-trouble-mental>
- Graham, K., Cheng, J., Bernards, S., Wells, S., Rehm, J. et Kurdyak, P. (2017). How Much Do Mental Health and Substance Use/Addiction Affect Use of General Medical Services? Extent of Use, Reason for Use, and Associated Costs. *Canadian Journal of Psychiatry*, 62(1), 48-56.
<https://doi.org/10.1177/0706743716664884>
- Hakobyan, S., Vazirian, S., Lee-Cheong, S., Krausz, M., Honer, W. G. et Schutz, C. G. (2020). Concurrent Disorder Management Guidelines. Systematic Review. *Journal of Clinical Medicine*, 9(8), 2406. <https://doi.org/10.3390/jcm9082406>
- Heiberg, I. H., Jacobsen, B. K., Nesvåg, R., Bramness, J. G., Reichborn-Kjennerud, T., Næss, Ø., Ystrom, E., Hultman, C. M. et Høye, A. (2018). Total and cause-specific standardized mortality

ratios in patients with schizophrenia and/or substance use disorder. *PLoS one*, 13(8), e0202028. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202028>

- Helm, A. F., Andre, M. A., Shaffer, P. M., Bruzios, K. E., Marcus, S., Harter, J., & Smelson, D. (2024). Multicomponent Co-Occurring Disorders Treatment and Wraparound Services for Individuals Experiencing Chronic Homelessness. *Community mental health journal*, 60(6), 1203–1213. <https://doi.org/10.1007/s10597-024-01271-w>
- Hsu, C., Cruz, S., Placzek, H., Chapdelaine, S., Levin, S., Gutierrez, F., Standish, S., Maki, I., Carl, M., Orantes, M. R., Newman, D. et Cheadle, A. (2019). Patient Perspectives on Addressing Social Needs in Primary Care Using a Screening and Resource Referral Intervention. *Journal of General Internal Medicine*, 35, 481–489. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05397-6>
- Hunt, G. E., Large, M. M., Cleary, M., Lai, H. M. X. et Saunders, J. B. (2018). Prevalence of comorbid substance use in schizophrenia spectrum disorders in community and clinical settings, 1990–2017: Systematic review and meta-analysis. *Drug and alcohol dependence*, 191, 234–258. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.07.011>
- Hurtubise, R., Roy, L., Trudel, L., Rose, M.-C. et Pearson, A. (2021). *Guide des bonnes pratiques en itinérance*. Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS), CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.
- Huynh, C., Ferland, F., Blanchette-Martin, N., Ménard, J.-M. et Fleury, M.-J. (2016). Factors influencing the frequency of emergency department utilization by individuals with substance use disorders. *Psychiatric Quarterly*, 87(4), 713–728. <https://doi.org/10.1007/s11126-016-9422-6>
- Huynh, C., Rochette, L., Jutras-Aswad, D., Larocque, A., Fleury, M.-J., Kisely, S. et Lesage, L. (2019). *Les troubles liés aux substances psychoactives - Prévalence des cas identifiés à partir des banques de données administratives, 2001-2016*. Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2512_troubles_substances_psychoactives_prevalence_cas_identifies.pdf
- Huynh, C., Rochette, L., Pelletier, É., Jutras-Aswad, D., Fleury, M. J., Kisely, S. et Lesage, A. (2020). *Portrait des troubles liés aux substances psychoactives : Troubles mentaux concomitants et utilisation des services médicaux en santé mentale*. Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2663_substance_psychoactives_troubles_mentaux_services_sante_mentale.pdf
- Institut canadien d'information sur la santé. (2021). *Défis communs liés aux priorités partagées. Mesure de l'accès aux services à domicile et aux soins communautaires ainsi qu'aux services en santé mentale et en toxicomanie au Canada*. <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/common-challenges-shared-priorities-vol-3-report-fr.pdf>

- Institut de la statistique du Québec (ISQ). (2023). Enquête québécoise sur la santé de la population 2020-2021. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/enquete-quebecoise-sante-population-2020-2021.pdf>
- Institut de la statistique du Québec (ISQ). (2025). *Enquête québécoise sur le cannabis 2024*. <https://statistique.quebec.ca/fr/document/enquete-quebecoise-sur-le-cannabis-2024>
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2024, 20 septembre). *Déterminants de la santé*. <https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/determinants-sante>
- 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 dépendances. *ETMIS*, 12(01), 1-83. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Avis_Dispensation_soins_services_troubles_concomitants.pdf
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2025). Portrait – Utilisateurs fréquents des urgences au Québec en 2022-2023. État des pratiques rédigé par Rodolphe Jantzen et Sybille Saury. Québec, Qc : INESSS; 2025. 35 p. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/SoinsPremiereLigne/Portrait_utilisation_urgences_voletA_EP_INESSS.pdf
- Jegade, O., Rhee, T. G., Stefanovics, E. A., Zhou, B. et Rosenheck, R. A. (2022). Rates and correlates of dual diagnosis among adults with psychiatric and substance use disorders in a nationally representative U.S sample. *Psychiatry Research*, 315. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114720>
- Jesseman, R. et Payer, D. (2018). *La décriminalisation : les options et les données probantes*. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-Decriminalization-Controlled-Substances-Policy-Brief-2018-fr.pdf>
- Kanak, M. M., Fleegler, E. W., Chang, L., Curt, A. M., Burdick, K. J., Monuteaux, M. C., Deane, M., Warrington, P. et Stewart, A. M. (2023). Mobile Social Screening and Referral Intervention in a Pediatric Emergency Department. *Academic pediatrics*, 23(1), 93–101. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2022.08.011>
- Kanzaria, H. K., Niedzwiecki, M., Cawley, C. L., Chapman, C., Sabbagh, S. H., Riggs, E., Chen, A. H., Martinez, M. X. et Raven, M. C. (2019). Frequent Emergency Department Users: Focusing Solely on Medical Utilization Misses The Whole Person. *Health Affairs*, 38(11), 1866-1810. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2019.00082>
- Karapareddy, V. (2019). A Review of Integrated Care for Concurrent Disorders: Cost Effectiveness and Clinical Outcomes. *Journal of Dual Diagnosis*, 15(1), 56-66. <https://doi.org/10.1080/15504263.2018.1518553>

- Katiki, C., Ponnappalli, V. J. S., Desai, K. J., Mansoor, S., Jindal, A. et Badu, N. Y. A. (2024). Enhancing Emergency Room Mental Health Crisis Response: A Systematic Review of Integrated Models. *Cureus*, 16(11), e74042. <https://doi.org/10.7759/cureus.74042>
- Kene, M., Miller Rosales, C., Wood, S., Rauchwerger, A. S., Vinson, D. R. et Sterling, S. A. (2018). Feasibility of Expanded Emergency Department Screening for Behavioral Health Problems. *American Journal of Managed Care*, 24(12), 585-591.
- Khan, S. (2017). Troubles concomitants de santé mentale et de consommation d'alcool ou de drogues au Canada. *Statistique Canada, no 82-003-X au catalogue • Rapports sur la santé*, 28(8), 3-9. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/82-003-x/2017008/article/54853-fra.pdf?st=WE7HjUkt>
- Kilpatrick, K., Savard, I., Audet, L. A., Kra-Friedman, A., Atallah, R., Jabbour, M., Zhou, W., Wheeler, K., Ladd, E., Gray, D. C., Henderson, C., Spies, L. A., McGrath, H. et Rogers, M. (2023). A global perspective of advanced practice nursing research: A review of systematic reviews protocol. *PloS one*, 18(1), e0280726. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0280726>
- Kirk, M. R., Etchart, H., Soske, J., Harding, R. W., Samuels, E. A., Woodard, S., Oman, R. F. et Wagner, K. D. (2025). Certified peer recovery support specialists and substance use related emergency department visits: A mixed methods study of the patient experience. *Journal of Substance Use and Addiction Treatment*, 169, 209563. <https://doi.org/10.1016/j.josat.2024.209563>
- Lavergne, M. R., Shirmaleki, M., Loyal, J. P., Jones, W., Nicholls, T. L., Schütz, C. G., Vaughan, A., Samji, H., Puyat, J. H., Kaoser, R., Kaulius, M. et Small, W. (2022b). Emergency department use for mental and substance use disorders: descriptive analysis of population-based, linked administrative data in British Columbia, Canada. *BMJ Open*, 12(1), e057072. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-057072>
- Loo, S., Molina, M., Ahmad, N. J., Swanton, M., Chen, O., Boggs, K. M., Camargo, C. A., Jr et Samuels-Kalow, M. (2025). Implementing Social Determinants of Health Screening in US Emergency Departments. *JAMA Network Open*, 8(3), e250137. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.0137>
- Malecha, P. W., Williams, J. H., Kunzler, N. M., Goldfrank, L. R., Alter, H. J. et Doran, K. M. (2018). Material Needs of Emergency Department Patients: A Systematic Review. *Academic emergency medicine: official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 25(3), 330-359. <https://doi.org/10.1111/acem.13370>
- McCarthy, M. L., Zheng, Z., Wilder, M. E., Elmi, A., Li, Y. et Zeger, S. L. (2021). The Influence of Social Determinants of Health on Emergency Departments Visits in a Medicaid Sample. *Annals of emergency medicine*, 77(5), 511-522. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2020.11.010>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens*. Direction des communications du MSSS. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2005/05-914-01.pdf>

- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2012). *Évaluation de l'implantation du Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens*.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-914-09W.pdf>
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2015). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020*.
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-914-17W.pdf>
- Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). (2018). *Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028 – Prévenir, réduire et traiter les conséquences associées à la consommation de substances psychoactives, à la pratique de jeux de hasard et d'argent et à l'utilisation d'Internet*. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-804-02W.pdf>
- Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). (2020). *Mesure de l'accès aux soins de santé et aux services sociaux : indicateurs - Audit de performance. Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2020-2021*.
https://www.vgq.qc.ca/Fichiers/Publications/rapport-annuel/165/vgq_ch03_sante_web.pdf
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2021a). *Troubles mentaux fréquents : repérage et trajectoires de services*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-914-11W.pdf>
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2021). *Plan d'action interministériel en itinérance 2021-2026 – S'allier devant l'itinérance (PAII)*.
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-846-01W.pdf>
- Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). (2022a). *Mécanisme d'accès en santé mentale au Québec (MASM). Cadre de référence à l'intention des établissements de Santé et de Services sociaux*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-914-27W.pdf>
- Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). (2022b). *Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 – S'unir pour un mieux-être collectif (PAISM)*.
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-914-14W.pdf>
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2023a). *Santé mentale: efficacité du continuum de soins et de services pour les usagers ayant des troubles mentaux graves - Audit de performance. Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2022-2023*. https://www.vgq.qc.ca/Fichiers/Publications/rapport-annuel/203/04_vgq_ch4_mai2023_web_vf.pdf
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2023b). *Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité - Cadre de référence*.
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-803-02W.pdf>
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2024a). *Suivi intensif dans le milieu (SIM) – Cadre de référence*. La direction des communications du Ministère de la Santé et des Services sociaux.
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-914-25W.pdf>

- Ministère de la santé et des services sociaux. (2024b). *Programme de suivi d'intensité flexible (SIF) – Cadre de référence*. La direction des communications du Ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-914-06W.pdf>
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2024c). *Soutien d'intensité variable (SIV) – Cadre de référence*. La direction des communications du Ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-914-05W.pdf>
- Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). (2026). L'itinérance visible au Québec et son évolution. Résultats préliminaires de l'exercice du dénombrement. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2025/25-846-07W.pdf>
- Morin, M. et Lessard, L. (2019). L'étendue effective de la pratique des infirmières dans les services de proximité en région éloignée. *Recherche en soins infirmiers*, 138(3), 75-93. <https://doi.org/10.3917/rsi.138.0075>
- Mousavizadeh, S. N., & Jandaghian Bidgoli, M. A. (2023). Recovery-Oriented Practices in Community-based Mental Health Services: A Systematic Review. *Iranian journal of psychiatry*, 18(3), 332–351. <https://doi.org/10.18502/ijps.v18i3.13013>
- Mueser, K., Noordsy, D., Drake, R. et 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. <https://doi.org/10.7202/014524ar>
- Muhrer, J. C. (2021). Risk of misdiagnosis and delayed diagnosis with COVID-19: A Syndemic Approach. *The Nurse Practitioner*, 46(2), 44-49.
- Nadeau, L. et Landry, M. (2015). *Les troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale. Résultats de recherche au Québec et réflexions cliniques*. Les Presses de l'Université Laval.
- Nesta. (2026, 5 juin). *Community Health Agent Programme, Brazil*. <https://www.nesta.org.uk/feature/six-initiatives-opening-health-innovation-around-world/community-health-agent-programme-brazil/>
- O'Connell, M. J., Flanagan, E. H., Delphin-Rittmon, M. E., & Davidson, L. (2020). Enhancing outcomes for persons with co-occurring disorders through skills training and peer recovery support. *Journal of Mental Health*, 29(1), 6-11. <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1294733>
- O'Grady, M. A., Neighbors, C. J., Morgenstern, J., Kapoor, S., Kwon, N., Morley, J., Auerbach, M. et Conigliaro, J. (2019). Substance use screening and brief intervention: Evaluation of patient and implementation differences between primary care and emergency department settings. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 25(3), 441-447. <https://doi.org/10.1111/jep.13060>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2016). *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers*, 3e édition. https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/1466_doc.pdf

- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2021a). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier et la relève infirmière du Québec*.
https://www.oiiq.org/documents/20147/11892088/Rapport_statistique_2020-2021.pdf
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2024). *Entrée en vigueur du projet de loi 67 : des gains pour la pratique infirmière*. <https://www.oiiq.org/entree-en-vigueur-du-projet-de-loi-67-des-gains-pour-la-pratique-infirmiere>
- Orisatoki, R., Quail, J., Osman, M., Teare, G., Schwandt, M. et Neudorf, C. (2017). Concurrent Mental Health and Substance Use Disorders among Frequent Emergency Department Users in Saskatchewan, Canada. *Canadian Journal of Addiction*, 8(1), 11-17.
<https://doi.org/10.1097/02024458-201706000-00004>
- Pacini, M., Maremmani, A. G. I. et Maremmani, I. (2020). The Conceptual Framework of Dual Disorders and Its Flaws. *Journal of Clinical Medicine*, 9(7), 2098.
<https://doi.org/10.3390/jcm9072098>
- Paumier, R. (2017). « Le temps long : travail de proximité et réduction des méfaits », *Revue du CREMIS*, 10(1), 39-43.
- Penzenstadler, L., Soares, C., Anci, E., Molodynski, A. et Khazaal, Y. (2019). Effect of Assertive Community Treatment for Patients with Substance Use Disorder: A Systematic Review. *European Addiction Research*, 25(2), 56-67. <https://doi.org/10.1159/000496742>
- Pettersen, H., Ruud, T., Ravndal, E., Havnes, I. et Landheim, A. (2014). Engagement in assertive community treatment as experienced by recovering clients with severe mental illness and concurrent substance use. *International journal of mental health systems*, 8, 1-12.
- Polcin, D. L. (2016). Co-occurring substance abuse and mental health problems among homeless persons: Suggestions for research and practice. *Journal of Social Distress and Homelessness*, 25(1), 1-10. <https://doi.org/10.1179/1573658X15Y.0000000004>
- Priester, M. A., Browne, T., Iachini, A., Clone, S., DeHart, D. et Seay, K. D. (2016). Treatment Access Barriers and Disparities Among Individuals with Co-Occurring Mental Health and Substance Use Disorders: An Integrative Literature Review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 61, 47-59. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2015.09.006>
- Réseau communautaire en santé mentale. (2019). *État de la collaboration entre les centres intégrés et les regroupements régionaux d'organismes communautaires en santé mentale au Québec*. <https://cosme.ca/wp-content/uploads/2019/03/COSME-%C3%89tat-de-la-collaboration-CI-Regroupements.pdf>
- Richardson, A., Richard, L., Gunter, K., Cunningham, R., Hamer, H., Lockett, H., Wyeth, E., Stokes, T., Burke, M., Green, M., Cox, A. et Derrett, S. (2020). A systematic scoping review of interventions to integrate physical and mental healthcare for people with serious mental illness and substance use disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 128, 52-67.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.05.021>

- Ridgely, M.S., Osher, E.C., Goldman, H.H. et Talbott, J.A. (1987) *Executive Summary: Chronic Mentally Ill Young Adults with Substance Abuse Problems: A Review of Research, Treatment, and Training Issues*. Mental Health Services Research Center, University of Maryland School of Medicine.
- Ridgely, M. S., Goldman, H. H. et Willenbring, M. (1990). Barriers to the care of persons with dual diagnoses: organizational and financing issues. *Schizophrenia bulletin*, 16(1), 123–132. <https://doi.org/10.1093/schbul/16.1.123>
- Roy, M., Dagenais, P., Pinsonneault, L. et Déry, V. (2019). Better care through an optimized mental health services continuum (Eastern Townships, Québec, Canada): A systematic and multisource literature review. *The International Journal of Health Planning and Management*, 34(1), e111-e130. <https://doi.org/10.1002/hpm.2687>
- Rush, B., Fogg, B., Nadeau, L. et Furlong, A. (2008). *On the integration of mental health and substance use services and systems: Main report*. Canadian Executive Council on Addictions. <https://ceca-ccet.ca/pdf/Summary-reportFINAL-Dec18-08.pdf>
- Santé Montérégie. (2025, 18 novembre). *Organismes communautaires*. <https://www.santemonteregie.qc.ca/installations/organismes-communautaires>
- Savard, I., Al Hakim, G. et Kilpatrick, K. (2023). The added value of the nurse practitioner: An evolutionary concept analysis. *Nursing open*, 10(4), 2540–2551. <https://doi.org/10.1002/nop2.1512>
- Savard, I., Whitley, R. et Kilpatrick, K. (2026). Capturing the added value of nurse practitioners: Development of a conceptual framework to guide policy, practice, education, and research. *Nursing outlook*, 74(2), 102704. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2026.102704>
- Schulz, J. A., Ramaswamy, M., Collie-Akers, V., Jordan, S., Koon, L. M. et Tryanski, R. (2021). Understanding the Impact of an Integrated Crisis Team: A Qualitative Study of Emergency Department Staff. *Community Mental Health Journal*, 57(7), 1278-1287. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00771-9>
- Sevilla Núñez, P. (2023). *Le Portugal a décriminalisé la possession et la consommation de substances illicites et a investi dans le traitement*. Stratégie de décriminalisation des drogues : Portugal. <https://www.sdg16.plus/fr/policies/le-portugal-a-decriminalise-la-possession-et-la-consommation-de-substances-illicites-et-a-investi-dans-le-traitement/>
- Statistique Canada. (2019, 25 juin). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2018*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/190625/dq190625b-fra.htm>
- Statistique Canada. (2022). *Les troubles mentaux au Canada, 2022*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/11-627-m/11-627-m2023053-fra.pdf?st=w60mhOol>
- Statistique Canada. (2023a, 21 septembre). *Enquête sur la santé mentale et l'accès aux soins (ESMAS)*. https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5015
- Statistique Canada. (2023b, 20 juin). *Enquête sur les postes vacants et les salaires. Tableau 2 - Les six professions affichant les plus fortes hausses annuelles du nombre de postes vacants et*

leur salaire horaire moyen offert, premier trimestre de 2023.

<https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/230620/t002a-fra.htm>

St-Pierre, I. (2025). *Analyse des trajectoires de soins et de services des personnes présentant un trouble concomitant : vers une amélioration des services selon une approche syndémique*.

Thèse. Université de Montréal. <https://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/12730/1/eprint12730.pdf>

St-Pierre, I., et St-Pierre, L. (2024). Ensuring continuity of care for dual disorder: overview of outpatient services after emergency department discharge. *Discover Health Systems*, 3, 102.

<https://doi.org/10.1007/s44250-024-00167-6>

St-Pierre, I. et St-Pierre, L. (2025). Le trouble concomitant selon une perspective syndémique : une étude de cas multiples. *Drogues, santé et société*, 23(2). <https://drogues-sante-societe.ca/le-trouble-concomitant-selon-une-perspective-syndemique-une-etude-de-cas-multiples/>

Swan, B. A., Haas, S. et Jessie, A. T. (2019). Care Coordination: Roles of Registered Nurses Across the Care Continuum. *Nursing Economics*, 37(6), 317-323.

<https://jdc.jefferson.edu/nursfp/101>

Tang, K. et Li, H. (2025). Frequent Mental health- and Addiction- related Emergency Department Visits: Perspectives from Healthcare Providers / Consultations fréquentes dans les services d'urgence pour des problèmes de santé mentale et de toxicomanie : le point de vue des prestataires de soins de santé. *Canadian Journal of Emergency Nursing / Journal canadien des infirmières d'urgence*, 48(1), 12–30. <https://doi.org/10.29173/cjen233>

Therrien, D. (2020). Le maintien en emploi de travailleurs ayant un trouble mental grave : apprendre à concilier travail et santé. Thèse. Université du Québec à Montréal.

<https://archipel.uqam.ca/secure/id/eprint/13863>

Trane, K., Aasbrenn, K., Rønningen, M., Odden, S., Lexén, A. et Landheim, A. (2021). Flexible assertive community treatment teams can change complex and fragmented service systems: experiences of service providers. *International Journal of Mental Health Systems*, 15(1), 1-12.

<https://doi.org/10.1186/s13033-021-00463-1>

Trudelle, S. et Lauzon, P. (2022). Les arts en soutien au rétablissement : la parole des personnes participantes, chap. 3. Dans : M. Trudel et S. Fortin (Éd.), *Rattacher les fils de sa vie par les arts visuels, la danse, la musique et le théâtre* (pp. 31-65). Presses de l'Université Laval.

<https://doi.org/10.1515/9782763753478-003>

Unité de soutien SSA Québec. (2022). Définition des trajectoires de soins pour les personnes ayant déclaré un trouble de l'humeur – Rapport méthodologique. [https://ssaquebec.ca/wp-content/uploads/2022/12/troubles_humeur_laberge_poder_Rapport_final_Nov-2022_2022-](https://ssaquebec.ca/wp-content/uploads/2022/12/troubles_humeur_laberge_poder_Rapport_final_Nov-2022_2022-11-30.pdf)

[11-30.pdf](https://ssaquebec.ca/wp-content/uploads/2022/12/troubles_humeur_laberge_poder_Rapport_final_Nov-2022_2022-11-30.pdf)

Wang, L., Homyra, F., Pearce, L. A., Panagiotoglou, D., McKendry, R., Barrios, R., Mitton, C. et Nosyk, B. (2019). Identifying mental health and substance use disorders using emergency department and hospital records: a population-based retrospective cohort study of diagnostic concordance and disease attribution. *BMJ Open*, 9(7), e030530.

<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-030530>

- Warin, P. (2016). *Non-Recours Aux Politiques Sociales (Le) Ebook Pdf*. PUG.
- Wise-Harris, D., Pauly, D., Kahan, D., Tan de Bibiana, J., Hwang, S. et Stergiopoulos, V. (2017). 'Hospital was the Only Option': Experiences of Frequent Emergency Department Users in Mental Health. *Administration and Policy in Mental Health*, 44(3), 405-412. <https://doi.org/10.1007/s10488-016-0728-3>
- Wittenberg, E., Barbosa, C., Hein, R., Hudson, E., Thornburg, B. et Bray, J. W. (2021). Health-related quality of life of alcohol use disorder with co-occurring conditions in the US population. *Drug and Alcohol Dependence*, 221, 108558. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108558>.
- Yule, A. M. et Kelly, J. F. (2019). Integrating Treatment for Co-Occurring Mental Health Conditions. *Alcohol Research: Current Reviews*, 40(1), 61-73. <https://doi.org/10.35946/arcr.v40.1.07>
- Zhao, S. et Mathis, W. (2024). Understanding Barriers and Facilitators of Primary Care Use Among Assertive Community Treatment Teams Via Qualitative Analysis of Clients and Clinicians. *Community Mental Health Journal*, 60(7), 1271-1282. <https://doi.org/10.1007/s10597-024-01284-5>
- Zulliger, R. (2018). *Le programme des agents de santé communautaire du Brésil*. CHW Central. <https://chwcentral.org/the-community-health-agent-program-of-brazil/>